Rok LIII. Kraków, dnia 11 lipca 1914. Nr 28

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Phthisis incipiens,— declarata,— consumptiva.

Napisał

Dr Seweryn Sterling (Łódź).

Uznana przez międzynarodowy Związek walki z gruźlicą (Association internationale contre la tuberculose) klasyfikacya przewlekłych suchot płucnych Turban-Gerhardta dzieli przebieg suchot na trzy okresy:

»Okres 1. Schorzenia lekkie, ograniczone do niewielkich części jednego płatu, które n. p. w szczytach — przy zmianach obustronnych — nie przekraczają grzebienia łopatki i obojczyka, przy zmianach jednostronnych — nie sięgają poniżej drugiego żebra.

Okres 2. Schorzenia lekkie, zajmujące większy obszar, niż okres pierwszy, ale ograniczone co najwyżej do całego płatu, lub schorzenia ciężkie, zajmujące co najwyżej pół płatu.

Okres 3. Wszystko, co przewyższa okres drugi i wszystkie przypadki ze znacznemi jamami w płucach.

Przez schorzenia lekkie należy rozumieć ogniska rozrzucone, objawiające się przez nieznaczne stępienie, oddech nieczysty, szorstki, osłabiony, pęcherzykowy, pęcherzykowo-oskrzelowy lub oskrzelowopęcherzykowy i rzężenia drobnobańkowe aż do średniobańkowych.

Przez schorzenie ciężkie należy rozumieć naciek, dający mocne stłumienie, oddech osłabiony (»nieokreślony«), oskrzelowopęcherzykowy, aż do oskrzelowego, przy obecności lub braku rzężeń.

Znaczne jamy, dające odgłos opukowy bębenkowy, oddech dzbanowy, rzężenia dźwięczne — należą do okresu trzeciego.

Stłumienia opłucne, jeśli nie przenoszą kilku centymetrów wysokości, nie są uwzględniane; przy obecności znaczniejszego stłumienia należy zapalenie opłucnej wymienić jako powikłanie.

Należy podać okres choroby dla każdego płuca oddzielnie. Klasyfikować należy zgodnie z wynikiem badania strony więcej zajętej, więc n. p. P (strona prawa) II, L (strona lewa) I = okres drugi«.

Podział ten jest pozornie bardzo rozpowszechniony; służy on wprawdzie do celów statystycznych większości sanatoryów, ale szerokie koła lekarzy-praktyków mało zeń korzystają.

Co do mnie, to doszedłem do przekonania, że większość lekarzy, mówiąc o okresach suchot, ma na myśli dawno przyjęte postacie kliniczne; więc jakkolwiek brzmi: okres I, II, czy III, sens właściwy te określenia mają, jeśli się przez nie rozumie: I — Phthisis incipiens. II — Phthisis declarata. III. — Phthisis consumptiva.

Ale ten dawny podział na trzy postacie kliniczne (typy) nie wystarcza do bliższego scharakteryzowania przypadku suchot; można go jednak uzupełnić, szczegółami bliżej określić.

Próbę tego podjąłem w mej pracy p. t. »Postaci kliniczne suchot płucnych« *); tam rozpatrzyłem krytycznie dotąd — obok klasyfikacyi Turban-Gerhardta — proponowane klasyfikacye.

Od tego czasu ogłoszono trzy nowe pomysły klasyfikacyjne; z tych, podanych przez Kuthyego, Gerhardta i Nicola, chcę tu zdać sprawę i podać ocenę.

Kuthy próbuje oprzeć swą klasyfikacyę n a z a s a d z i e r o k o w n i c z e j. Odróżnia pięć klas, które (w skróceniu) tak się przedstawiają:

I. Rokowanie z ł e. (1. Tubercul. miliaris acuta universalis. Bronchophthisis caseosa. Bronchopneumonia miliaris. Tuberculosis disseminata universalis pulmonum acuta. — 2. Phthisis acuta pneumonica).

II. Rokowanie b a r d z o c i ę ż k i e. (1. Tuberc. miliaris pulmonis lobaris. Tubercul. disseminata subacuta. — 2. Pneumonia caseosa pseudolobaris. Phthisis fibrosa subacuta).

III. Rokowanie n i e c o p o m y ś l n i e j s z e. (1. Bronchophtisis caseoso-fibrosa. Infiltratio apicis acuta. — 2. Pneumonia caseosa cum resorptione. Phthisis chronica fibrosa cum cavernis in activitate).

IV. Rokowanie o w i e l e p o m y ś l n i e j s z e. (1. Catarrhus apicis incipiens. Focus circumscriptus solitarius ad apicem. Tuberculosis circumscripta (złożona z pojedynczych ognisk zserowaciałych). — 2. Phthisis chronica fibrosa praecipue unilateralis cum retractione).

V. Rokowanie p r z e w a ż n i e d o b r e. (Phthisis pulmo-

*) Odczyty kliniczne wyd. przez »Gazetę lekarską«. Rok 1913.

a) Kuthy-Wolff-Eisner: Die Prognosestellung bei der Lungentuberculose, 1914.

b) Gerhardt: Taschenbuch der Diagn. u. Therapie der Lungentuberculose, 1913.

c) Nicol: Die Entwickelung und Einteilung der Lungenphthisis. Brauers Beiträge. XXXI. 2. 1914.

num abortiva. Tuberculosis circumscripta (apicis, lingulae). Tuberculosoid pulmonum).

Każda klasa ma dwa poddziały (1, 2); poddział pierwszy — brak wyraźnych objawów miejscowych; poddział drugi — mniej lub więcej wyraźnie występujące objawy miejscowe.

Czy ta klasyfikacya może mieć znaczenie praktyczne? Wątpię bardzo. Jest nawskróś literacką; z pożytkiem przeczytać można to zestawienie (opatrzone w oryginale komentarzami); do stosowania w praktyce, do nominowania i klasyfikowania przypadków gruźlicy służyć chyba ten podział nie będzie.

Gerhardt uznaje wartość klasyfikacyi Turban Gerhardta tam, gdzie chodzi o statystykę, o zestawienie wyników leczniczych. »W tym razie należy przedewszystkiem grupować przypadki podług rozmiarów schorzenia«.

Jednocześnie jednak zaleca dla celów klinicznych i dla lekarzy praktyków swój podział:

Tuberculosis pulmonum chronica.

1. Tuberculosis apicalis incipiens: a) sircca.
   b) catarrhalis.
2. Phthisis typica: a) Peribronchitis tuberculosa chronica.
   b) Tuberculosis cavernosa chronica.
   c) Phthisis fibrosa, cirrhotica.
   d) Phthisis progressiva c. symptomat.

Bronchopneumoniae seu Pneumoniae.

3. Phthisis atypica: a) Phthisis secundaria post morbos pulmonum.
   b) Phthisis tuberculosa diabetica.
   c) Phthisis tuberculosa traumatica.
   d) Phthisis infantilis et senilis.

Dlaczego nie podzielam poglądu Gerhardta o pożyteczności podziału Turban-Gerhardta, kiedy chodzi o statystykę, powiem dalej.

Co się tyczy własnej klasyfikacyi Gerhardta, to głównym zarzutem przeciw niej być musi, że jestto klasyfikacya bez zasady klasyfikacyjnej. Wolno to nazwać wyliczeniem, zestawieniem, zgrupowaniem różnych postaci suchot, ale nie klasyfikacyą.

W klasyfikacyi, jaką niżej proponuję, te same metody określania stanu płuc są uwzględnione, ale zarazem też przewidziana jest możność bliższego scharakteryzowania stanu w danym okresie choroby.

Tak n. p. stwierdzenie jamy w płucach nie może być podstawą do kwalifikowania klinicznego. Okres powstawania jamy jest okresem, w którym mocno zjadliwy lasecznik gruźliczy doprowadza do martwicy tkanki, współcześnie zaś ustrój oddziaływa na tę sprawę przez wytworzenie linii demarkacyjnej, otoczenie schorzałego odcinka warstwą tkanki zbitej i przez eliminowanie zmartwiałej tkanki. Jest więc tworzenie się jamy dowodem zdolności obronnych ustroju, a obecność jam (uformowanych) różni gruźlicę przewlekłą od ostrej. Każde bliznowato zwyrodniałe płuco gruźlicze jest gęsto zasiane małemi i większemi jamami, mniej lub więcej ściągniętemi.

Niewątpliwie obecność jamy jest zawsze grozą, jeśli jej treść nie jest ze wszech stron otorbiona; a nawet jama otorbiona może być ogniskiem, skąd powstaje nawrót choroby. Niewątpliwie materyał zakaźny, swoisty i nieswoisty, może z jamy być rozsiany na zdrowe odcinki oskrzeli i płuc, treść jamy może się przebić do opłucnej i zakazić ją; w jamach tworzące się tętniaki prosowate są powodem najcięższych krwotoków.

Te objawy i powikłania nie towarzyszą jednak stale jamom, nie mogą być uważane za charakterystyczne i tylko jamom właściwe.

Jeśli obecnie — przy stosowaniu skiagrafii — przekonaliśmy się, jak częste są jamy w płucach bez wszelkich t. zw. objawów jamowych; jeśli sprawdziliśmy, jak często są one nieczynnem powikłaniem suchot płucnych, to samej obecności jam nie należy za cechę charakterystyczną jakiejś kategoryi klinicznej uznawać.

Materyał anatomo-patologiczny obfity i z punktu widzenia nowego oświetlony służy za podstawę klasyfikacyi Nicola (z instytutu prof. Aschoffa), nazwanej przezeń »nomenklaturą suchot płucnych«. W swej części klinicznej (a ta nas tu obchodzi) odróżnia Nicol przedewszystkiem:

A) Phthisis occulta (progrediens, stationaris, obsoleta).
B) Phthisis manifesta (progrediens, stationaris, obsoleta).

W przebiegu gruźlicy jawnej przewlekłej wyodrębnia Nicol trzy także okresy (stadia):

I. Phthisis initialis (Phthisis nodosa circumscripta). Najczęściej schorzenie szczytowe.
II. Phthisis nodosa disseminata — w odcinku głownym (cranialis) płuc. (Ewent. z poczynającem się rozmiękaniem i tworzeniem jam).
III. Phthisis ulcerosa progrediens — w odcinku głównym płuc. (Ew. z udziałem marskości). Z reguły połączona ze sprawami rozrzuconemi guzkowatemi lub zlewającemi się — w odcinku ogonowym (caudalis) płuc.

Trzy te nowe pomysły klasyfikacyjne*) przytoczyłem, by, przypominając znów moją klasyfikacyę, ułatwić porównanie jej z innemi.

Żadna z nich nie doczekała się jeszcze krytyki, opartej na doświadczeniu; panuje, jak dotąd, klasyfikacya Turban-Gerhardta, w której właściwie są braki następujące:

Mówi ona o trzech okresach rozwoju suchot płucnych, jak gdyby chodziło o stały rozwój jakiejś jednej określonej sprawy anatomo-patologicznej; w rzeczywistości mamy tu do czynienia z kilkoma anatomicznemi odmianami sprawy gruźliczej, występującemi przeważnie współcześnie. Zazwyczaj jedna z nich przeważa, i to w taki sposób, że badaniem klinicznem dojść tego można.

Już więc z góry nie należy mówić o okresach w przebiegu suchot płucnych.

Klasyfikacya Turban-Gerhardta jest przeważnie topograficzną. Stąd płyną dwa braki: a) Niewszystkie przypadki suchot zaczynają się od płatu górnego — ponad obojczykami, wzgl. grzebieniem łopatki; więc jeśli pierwsze i jedyne objawy znajdziemy n. p. poniżej żebra drugiego, musimy przy wyraźnie początkowej sprawie mówić o drugim okresie suchot. b) Skiagrafia wykazuje inne (rozmiarami zwykle większe) granice zmian anatomicznych, aniżeli

---

*) W dziele Brauera — Schwedera — Blumenfelda, Handbuch der Tuberculose, Tom I. (rok 1914) o tej sprawie pisał Meissen; nie podaje nic nowego, nie wyczerpuje nawet tej sprawy. Klasyfikacyę własną podaje Tendeloo.

stare metody badania klinicznego; należałoby rozwiązać pytanie, na zasadzie którego z tych probierzy klasyfikować: czy podług rozmiarów klinicznie stwierdzonych, czy też skiagraficznie.

Mówi klasyfikacya Turban-Gerhardta o stanie statycznym sprawy rozpoznawanej, mało — o jej dynamice, o skłonności dalszego rozwoju. Mówi więcej o »tuberculosis pulmonum«, mało o »phthisis hominis«; więc mało daje podstaw do rokowania.

Tego dowodzą najlepiej dane statystyczne sanatoryów ludowych niemieckich. Tak n. p. czytamy w tej statystyce, że 65% chorych wyszło z wynikiem najlepszym, a z tych ledwie 12% zmiany płucne przy opuszczeniu zakładu pozwoliły zaliczyć do lepszego (niższego) okresu Turban-Gerhardta. Nie zmienił się więc »okres« u większości chorych, których na podstawie objawów, w klasyfikacyi Turban-Gerhardta nieprzewidzianych, uznano za klinicznie zdrowych. Większość tych klinicznie zdrowych opuściło lecznicę w tym samym »okresie« klasyfikacyjnym, do którego ich zaliczano w chwili, kiedy jako chorzy do lecznicy wstępowali!

Nie nadaje się więc ta klasyfikacya wcale do celów terapeutyczno-statystycznych.

Jestto klasyfikacya prosta, ale bezduszna. Za wiele poświęcimy, jeśli dla tej jej niezłożoności nie będziemy się oglądać za lepszą.

Klasyfikacya, którą proponuję, niewiele wnosi nowego; utrwala ona rzeczy uznane, umożliwia systematyczne wyzyskanie przy klasyfikowaniu — objawów spostrzeżonych. Prawda, wymaga ona dłuższego spostrzegania, aniżeli schemat Turban-Gerhardta, ale to jest niezbędne przy rozwiązywaniu zagadnień lecznictwa i rokowania.

W każdym razie więcej mamy pożytku praktycznego z odpowiedzi na pytania niżej zamieszczonej klasyfikacyi, aniżeli z subtelnego określenia granic zmian anatomicznych, co jest podstawą klasyfikacyi topograficznej.

Postacie kliniczne suchot płucnych przewlekłych.

I. Phthisis incipiens a) occulta
b) manifesta { α) stationaris; β) progrediens (acuta, chronica).

II. Phthisis declarata { a) fibrosa; b) fibrosocaseosa; c) caseosa } { α) stationaris; β) progrediens (acuta, chronica) }

III. Phthisis consumptiva { fibrosa; fibrosocaseosa; caseosa.

[IV. Phthisis obsoleta].

Obecność powikłań oznaczamy dopiskiem: cum pleuritide, cum enteritide, cum emphysemate i t. p.

Rozpoznanie postaci klinicznej podług wyżej podanego schematu uwzględnia zarówno wynik badania płuc, jak i inne wyniki spostrzegania klinicznego. Przewiduje też ważną okoliczność i możliwość łatwą przeniesienia danego przypadku z jednej »klasy« do innej, — wraz ze zmianą objawów nietylko w płucach zaszłych.

Klasy głównie zależą od domniemalnego stanu ilościowego ognisk, ale nie ich rozmiarów, jako takich.

»Phthisis incipiens«, — to znaczy stwierdzenie ogniska ograniczonego.

»Phthisis declarata«, — to stwierdzenie kilku ognisk rozrzuconych w płucu lub w płucach.

»Phthisis consumptiva«, — to stwierdzenie rozlanego zajęcia tkanki płucnej, czy to samotnie w jakimś n. p. całym płacie powstałego, czy też (sprawa w przebiegu suchot przewlekłych o wiele częstsza) powstałego ze zlania się ognisk rozrzuconych.

»Phthisis incipiens« objawiać się może jedynie objawami ogólnymi. Wtedy mówimy o »phthisis pulmonum incipiens occulta«. (Rzecz zrozumiała, że błąd rozpoznawczy zależeć tu może od rozwoju gruźlicy ostrej).

Jeżeli stwierdzimy obecność ograniczonego ogniska gruźliczego (n. p. w szczytach), mówimy o »phthisis manifesta«. Do tego określenia zasadniczego dodać musimy dane, tyczące się okresu rozwojowego, w jakim ognisko znajduje się w chwili spostrzegania, i dane, określające natężenie rozpoznanej sprawy chorobowej.

Obecność i charakter objawów nieżytowych, (rzężenia, trzeszczenia), wynik badania plwociny (ilość laseczników, obecność włókien sprężystych, ilość białka i t. d.), natężenie objawów toksycznych (ciepłota; tempo spadku wagi; rodzaj tętna; stan ciśnienia krwi) — takie objawy *) umożliwiają bliższe określenie charakteru suchot rozpoczynających się (phthisis incipiens).

Bez bliższego określenia — nazwa: »tuberculosis pulmonum, stadium I. (Turban)«, czy »phthisis initialis (Nicol)« łączy przypadki bardzo łagodne i przypadki, o których z całą pewnością wiemy, że są tylko początkiem sprawy, mającej skłonność złośliwą.

Przy kwalifikowaniu przypadków do jednego z poddziałów postaci »phthisis declarata«, »phthisis consumptiva« pamiętać należy o tem, że znakomita większość przypadków rozwiniętych suchot należy do poddziału: fibrosocaseosa **).

Wyraźna przewaga objawów sprawy zapalno-rozpadowej, objawów nacieku zapalnego (pneumonicznego) i tworzenia się jam (wystąpienie stłumienia na większej przestrzeni, odgłosu bębenkowego, rzężeń wilgotnych grubobańkowych i metalicznych, wysokiej gorączki, plwociny charakterystycznej) pozwala mówić o poddziale: phthisis caseosa. Przewaga objawów sprawy zapalno-wytwórczej (mocne stłumienie; oddech mocno oskrzelowy; mało objawów nieżytowych w płucach; objawy wtórnego kurczenia się tkanki płuc z ich wpływem na kontury płuc i kształt klatki piersiowej, na położenie serca; rozedma zastępcza; duszność; objawy sercowe; brak ostrych objawów toksycznych) pozwala rozpoznać poddział: phthisis fibrosa.

Ale, jak i w postaci pierwszej, niezbędnem jest określenie — obok domniemanego charakteru przeważających zmian anatomo-patologicznych — jeszcze okresu rozwojo-

---

*) Zaliczyć do nich należy i wynik prób tuberkulinowych; odczyn słaby przy niewątpliwej gruźlicy przemawia za sprawą postępującą.

**) Podobnie i w dziale pierwszym; ale tam niewielkie ognisko nie pozwala na bliższe określenie przeważających zmian anatomo-patologicznych.

wego, w jakim się sprawa swoista znajduje w chwili spostrzegania.

Objawy, które są scharakteryzowane przez określanie ich charakteru anatomicznego, mogą mieć skłonność do dalszego rozwoju, lub też i do cofania się; mogą się rozwijać bardzo wolno, przewlekłe, albo też — ostro; mogą być atoniczne, trwać bez skłonności do gojenia się, ale też bez skłonności do dalszego rozwoju.

Te wszystkie cechy, właściwe sprawie chorobowej w danej chwili — są bardzo ważne dla bliższego scharakteryzowania spostrzeganego przypadku; dlatego niezbędne jest dodanie określeń: »stationaris« albo też »progrediens (acuta, chronica)«.

Nie mieści się logicznie w ramach tej klasyfikacyi »phthisis obsoleta«.

Podaję tę nazwę dla tego, że zbyt jest rzadko w klinice suchot używana; jest zapomniana.

Wiele przypadków rozedmy, przewlekłego nieżytu oskrzeli, czasem dychawicy oskrzelowej i t. p. należy zgodnie z wykrytymi objawami, nazywać tak n. p.: »phthisis pulmonum obsoleta, emphysema pulmonum«.

Leczenie wiewióra caviblenem.

Podał

Dr Mondschein

sekundaryusz szpitala powszechn. w Stanisławowie.

Leczenie wiewióra u mężczyzn wstrzykiwaniami nie zadowala w wielkiej części przypadków ani lekarza, ani chorego. Pominąwszy bowiem tę okoliczność, że manipulowanie strzykawką wiewiórową często z powodu niezręczności chorego z początku, a nieraz przez cały czas leczenia nie bywa zupełnie »lege artis« wykonane, pominąwszy dalej fakt, że połączone jest ono z pewnem niebezpieczeństwem dla oczu chorego, pochylonego przy wstrzykiwaniu, nigdy lekarz nie jest zupełnie pewny, czy środek przezeń stosowany działa w tej mierze, jakby to on dla dobra chorego sobie życzył. Lek musi 3—4 razy dziennie być wstrzykiwany, ujście cewki przez dłuższy czas uciśnięte, a i ten czas nieraz okazuje się za krótki, aby środek zadziałał skutecznie na całą powierzchnię błony śluzowej cewki i wniknął do głębi dostatecznie. Także ze stanowiska społecznego napotyka ten sposób leczenia nieraz na trudności nie do pokonania. Przecie nie każdy chory na wiewiór przy pracy zawodowej ma na to czas, czy sposobność, by ściśle w czasie przez lekarza oznaczonym przedsięwziął wstrzykiwanie, pominąwszy już to, że przy niezupełnie czystem sumieniu zmuszony jest chory zwykle wykonać wstrzykiwanie potajemnie. Licząc się z powyższemi okolicznościami, przemyśliwano oddawna nad tem, jakby w inny, wygodniejszy i pewniejszy sposób środek stosowany zetknąć z chorą błoną śluzową. Do tego celu służyć miały świeczki z masła kakaowego czy żelatyny, impregnowane środkiem, który stosowano na wiewiór. Mają one jednak tę wadę, że masa, z której je wyrabiano, a więc masło kakaowe, czy żelatyna, powlekając powierzchnię błony śluzowej warstwą tłuszczu, czy innej podobnej substancyi, utrudniają w wysokim stopniu działanie samego środka leczniczego; obok tego niestała ilość tej masy nie pozostaje w żadnym stosunku do ilości wprowadzonego w ten sposób środka.

Podany przez prof. Brucka sposób leczenia wiewióra caviblenem ma na celu szybkie i nader łagodne leczenie wiewióra. Caviblen sąto rureczki (laseczki) sztywne o ścianach przeźroczystych, cienkich, wypełnione bardzo silnym środkiem przeciwwiewiórowym w postaci proszku. Jest nim t. zw. uranoblen, połączenie barwikowe, zawierające 40% srebra, łatwo rozpuszczalne w wodzie i nie dające strątu ani z białkiem, ani z solami. Uranoblen ma własność szybkiego zabijania dwoinek wiewiórowych, dostaje się bowiem po rozpuszczeniu się osłonki, co następuje w 15 do 20 minut po wprowadzeniu, w postaci proszku, a więc w wielkiem zgęszczeniu, na samą błonę śluzową i tu rozwija swe silne działanie nietylko na samej powierzchni, ale także w wysokim stopniu i w głębi tkanki. Osłonka jest z materyału, nie zawierającego tłuszczu, nie utrudnia więc wcale działania samego środka, a także ilość jej masy jest w porównaniu z ilością zawartego środka nader mała.

Laseczki te, zależnie od ich przeznaczenia i wskazania, znajdują się w handlu w rozmaitej wielkości i grubości, a lek w nich zawarty w rozmaitej sile. Długość laseczek dla przedniej części cewki wynosi 12 cm. Grubość dawniej wynosiła między 6 a 7·5 mm. Gdym fabrykantowi [1]) zwrócił uwagę na mocy moich pierwszych zaraz doświadczeń jeszcze w październiku i listopadzie zeszłego roku [2]), przysłał mi on tak małą ilość znacznie już cieńszych (obok dawnych grubych), że nie mogłem dotąd kontynuować rozpoczętych doświadczeń. Ale i długość laseczek powinna być rozmaita, nie, jak dotąd, jedna, t. j. 12 cm, wiemy bowiem, że przednia część cewki nie u każdego jest jednakowo długa, pominąwszy już młodych chłopców 13—16-letnich, gdzie nie udało mi się wprowadzić laseczek, jak do połowy, najwyżej do $^2/_3$ długości, a resztę musiałem odciąć nożycami. Grubość początkowa laseczek zbyt wielka, 6—7 5 mm, stała często na zawadzie wprowadzeniu ich przy wązkiem ujściu zewnętrznem, chorzy tacy odczuwali ból silny, krwawili łatwo z ujścia tak, iż u nich musiałem przerwać leczenie, a przejść do innego.

Dla leczenia tylnej części cewki są w handlu laseczki znacznie dłuższe z odpowiedniem zagięciem. Można je zwykle łatwo wprowadzić, czasem jednak nie udaje się nimi przemódz skurczu mięśnia, oddzielającego przednią część cewki od tylnej. Do cewki kobiecej są stosowne krótkie laseczki (5 cm), do szyjki macicy całkiem krótkie (3 cm).

Przed wprowadzeniem należy laseczki te do $^3/_4$ długości zanurzyć w t. zw. Caviblen-Crême, który równie jak osłonka laseczek nie zawiera tłuszczu. Następnie wprowadza się laseczkę, lekko wsuwając naprzód lub lekkim ruchem obrotowym, następnie uciska się ujście przez minutę, poczem zostawia się laseczkę w cewce jak najdłużej

[1]) Dr Jabłoński, Wrocław.

[2]) Poniżej przytoczone przypadki odnoszą się wszystkie do tej pierwszej ery powstania caviblenu o laseczkach zbyt grubych.

(Bruck poleca 6—10 godzin, co wedle mego doświadczenia w wielkiej części przypadków czy z powodu zbyt ostrej sprawy i tem spowodowanego pieczenia przez częściowo nagromadzony wyciek, czy z powodu parcia na mocz, w tej mierze niezawsze się udaje).

Osłonka topnieje pod wpływem ciepła ciała zaraz w pierwszych 10—15 minutach i teraz dopiero nadchodzi chwila działania wewnątrz zawartego uranoblenu. By środek ten przy zwisającem prąciu mógł dłużej działać przez dłuższe zatrzymanie go w cewce, poleca Bruck po wprowadzeniu laseczki wdziać na prącie specyalne woreczki gumowe (nakształt krótkich kondomów) z taśmą u góry do przymocowania. Ponieważ woreczki te, jak wielekroć na chorych doświadczyłem, przylegając zbyt wolno, wcale tego celu nie osiągają, radziłem sobie w ten sposób, że po wprowadzeniu caviblenu przykładałem do ujścia nieco waty, którą na krzyż do prącia przymocowywałem przylepcem. Tym sposobem utrudniałem spływanie w wielkiej mierze uranoblenu, a nie wywoływałem wcale nagromadzenia się wycieku w cewce, który wraz z małą częścią uranoblenu spływał do podłożonej waty. Caviblen wprowadzać należy w 8-godzinnych odstępach dwa razy dziennie; przy lekkim wiewiórze wystarczy często raz tylko na dobę.

Tym sposobem leczyłem dotąd jedynie wiewiór u mężczyzn, a to w dziesięciu przypadkach wiewióra ostrego, czterech podostrego, a sześciu przewlekłych ze skutkiem zadowalniającym, czasem wprost zdumiewającym (przypadek 1, 3, 5). W przypadkach zbyt ostrych stosowałem w pierwszych dniach przepłukiwania Janeta, a wprowadzałem caviblen dopiero, gdy ostre zapalne objawy minęły. W jednym przypadku ostrego wiewióra musiałem z powodu zbyt gwałtownego bólu przy wprowadzeniu i następowego obrzęku napletka zupełnie zaniechać caviblenu, a zwrócić się ku zwykłym wstrzykiwaniom (przypadek 4). W jednym przypadku ostrym i podostrym okazało się znów ujście cewki za wązkie; ponieważ chory na rozszerzenie ujścia zgodzić się nie chciał, wprowadzałem mu odtąd krótkie i cienkie laseczki, przeznaczone dla cewki żeńskiej, z zupełnie dobrym skutkiem (przypadek podostry 1, ostry 2).

Wyleczenia poronnego, a więc tego ideału leczenia—dotąd nie osiągniętego — nie można tą metodą uzyskać, mimo, iż Bruck ją także do tego celu zachwala. A to z powodu, który już wyżej przytoczyłem, że przy zbyt ostrej sprawie należy się z początku ograniczyć do przepłukiwań i że wprowadzanie laseczki caviblenu jest często zbyt bolesne i połączone z odczynem ze strony samej błony śluzowej i otoczenia. Co się tyczy tego właśnie odczynu cewki, to jest nieraz zdumiewającem, jak łatwo cewka do tych laseczek się przyzwyczaja, tak, iż po 1—2-dniowej przerwie znosi laseczki bardzo już dobrze. Przy ostrem zajęciu tylnej części cewki i parciu na mocz nie da się caviblen właśnie z powodu tego parcia stosować i tu przeczekać należy ten okres podrażnienia szyjki pęcherza.

Chciałbym teraz przy pomocy kilku charakterystycznych historyi chorób przedstawić moje dotychczasowe wyniki leczenia caviblenem.

Przypadki ostre:

1. M. K. 25 lat, przyjęty do szpitala 28. X. Gonorrhoea acuta anterior. Gc XX. 29. X. Arthigon 0·2 do żyły: mocny dreszcz i ból głowy. 4. XI. do dziś Janet, odtąd caviblen 2 razy dziennie (2%). 5. XI. Arthigon do żyły 0·5, przytem caviblen (2 X dn.). 6. XI. Pierwsza część moczu lekko mętna, druga czysta. Gc —. 7. XI. Mocz prawie czysty. 10. XI. Obie części moczu czyste zupełnie, wiewiór uleczony.

2. M. M. 25 lat, ślusarz kolejowy, wiewiór od 4 tygodni, prawe jądro obrzękłe, bolesne od 6 dni. Epididym. dex. gonorrh. Leczenie: Arthigon-caviblen. 20. X. Od dziś caviblen 2 razy dziennie 1% Gs. x. 21. X. Przy wprowadzaniu caviblenu z powodu wązkiego ujścia silny ból i krwawienie ujścia. Przerwa trzydniowa, Janet. 25. X. Caviblen dla kobiet (krótki i wązki) (2 razy dz.), od dziś codzień. 26. X. Pierwsza część czysta z nitkami, II. czysta. 30. X. Mocz zupełnie czysty, jądro lekko bolesne. Arthigon 0·3. 31. X. Do dziś codzień caviblen dla kobiet, mocz stale czysty. Uleczony.

3. S. N. 20 lat, pomocnik fryzyerski, wiewiór od 2 tygodni, lewe jądro obrzękło od 5 dni. Przyjęty do szpitala 10. X. Epidymitis sinistra gonorh. Leczenie: arthigon-Janet-caviblen. 20. X. Caviblen 2 razy dziennie (1%). Mocz mętny w 1. części. Gc ††. Od dziś codziennie tożsamo leczenie. 1. X. Caviblen mocniejszy (2%) 2 razy dziennie, mocz czysty w obu częściach, wyciek mały. Gc — 9. XI. po codziennem leczeniu do dziś caviblenem mocniejszym opuszcza chory szpital. — Uleczony.

4. S. W. Wiewiór od 2 dni; przyjęty do szpitala 18. X. Gonorrhoea acuta auterior. Gc ††. 19. X. Caviblen słabszy (1%) 2 razy dziennie; silny ból przy wprowadzaniu. 20. X. Caviblen (2 X dz.) 21. X. Silny obrzęk napletka, obie części moczu mętne, silny ból przy moczeniu, przy końcu tegoż krople krwawe, gruba kropla ropnego wycieku. Okłady, zaniechanie leczenia, salol. 27. X. Janet. 4. XI. Solutio Merlusan, mocz mętny w obu częściach. 6. XI. Chory czuje się lepiej, bole przy moczeniu ustały. 11. XI. Obie części moczu czyste; stale Solutio Merlusan. Uleczony.

5. H. K. 21 lat, wiewiór od 3 tygodni; przyjęty do szpitala 25. X. Gonorrhoea acuta anterior, balanitis erosiva. Gc. ††. Przez pierwsze trzy dni nie leczono wiewióra z powodu zapalenia ropnego żołędzi. 20. X. Caviblen słabszy (1%) 2 razy dziennie; od dziś tożsamo codziennie, bólu przy wprowadzaniu chory nie odczuwa. — Zatrzymuje caviblen przez 6 godzin. 3. X. Pierwsza część moczu mętna ze śluzowemi nitkami. Gc. —. Caviblen od dziś mocniejszy (2%) 2 X dz. 5. 11. Mocz w 1. części czysty. 11. XI. Mocz stale czysty, brak wycieku. 15. XI. Uleczony opuszcza szpital.

Przypadki podostre:

1. H. W. 21 lat, od 5 dni wiewiór, przyjęty do szpitala 3. X. Gonorrhoea subacuta anterior. Leczenie: Janet-protargol. Gc †. 19. X. Mocz czysty z wielu nitkami, caviblen słabszy (1%) 2 razy dziennie. Silny ból przy wprowadzaniu z powodu zbyt wązkiego ujścia cewki. 21. X. Caviblen dla cewki kobiecej (cieńszy i krótszy) codzień dwa razy. 30. X. Mocz czysty w obu częściach. 3. X. Gc —. 7. XI. Uleczony.

2. H C. 29 lat, wiewiór od 8 dni; przyjęty do szpitala 9. IX. Gonorrhoea subacuta anterior. Gc †. Z początku Janet-protargol. 19. IX. Caviblen słabszy (1%) codzień dwa razy. Pierwsza część moczu mętna. 20. IX. Silne pieczenie przy moczeniu, lekki obrzęk napletka. 21. IX. Przerwa. 22. IX. Od dziś caviblen mocniejszy (2%) codziennie, przyczem chory nie odczuwa tego nieprzyjemnie. 28. IX. Mocz mimo wprowadzania caviblenu stale mętny. 29. IX. Gc —. 7. X. Mocz stale mętny, wyciek słaby. 14. X. Usunięto caviblen, od dziś Solutio Merlusan. 21. X. Mocz czysty. 29. X. Uleczony.

Wnioski: W caviblenie Brucka zyskujemy bardzo dobry środek przeciwwiewiórowy. Co najbardziej przy tej metodzie uderza, to mianowicie wczesne bardzo, bo czasem już po 3 dniach, średnio jednak w 8—12 dni zupełne zniknięcie dwoinek wiewiórowych. Pominąwszy przypadki, gdzie z powodu zbyt ostrej sprawy, czy jakiejś przeczulicy cewki laseczki caviblenu nie dadzą się zastosować, musimy czas średni leczenia przy tym sposobie oznaczyć na 16—22 dni, co naturalnie oznaczałoby już znaczny postęp w porównaniu z leczeniem dotychczasowem. Bywają jednak przypadki, gdzie tą metodą nie osiąga się wcale wyleczenia zupełnego, najwyżej poprawę, czasem nawet nieznaczną tylko, gdzie chcąc nie chcąc musimy wrócić do jednego z dawnych środków (podostry przypadek 2). Są to te przypadki uporczywe, które, przyzwyczaiwszy się do jednego środka, więcej nań nie oddziałują, a gdzie konieczna jest częsta odmiana leków. W tych przypadkach stosowałem z bardzo dobrym i rychłym skutkiem merlusan, wprowadzony przez prof. Matzenauera do wstrzykiwań trzykrotnych dziennie.

Jakkolwiek i tę metodę trudno uważać za ostatnie słowo w leczeniu wiewióra, to jednak przyznać trzeba, że sztuka leczenia wiewióra wzbogacona została bardzo cennym środkiem i nader dogodnym sposobem leczenia.

Oceny.

Wagner v. Jauregg i G. Bauer: **Podręcznik organoterapii** (Lehrbuch der Organotherapie mit Berücksichtigung ihrer anatomischen und physiologischen Grundlagen. Herausgegeben von .... Lipsk 1914, Georg Thieme). (Stron 516+XI. Cena 13 mrk).

Po nieco gorączkowym ruchu na polu organoterapii przed laty trzydziestu, który wychodził z zapatrywań Brown-Sequarda i rozwijał się pod hasłem czystej terapii, nastąpiło już w ostatniem dziesięcioleciu XIX w. znaczne otrzeźwienie. Od tego czasu stała się punktem wyjścia i przedmiotem poważnych badań i poszukiwań nauka o wydzielaniu wewnętrznem. Nieustająca praca wielu badaczy wywołała także i w zakresie leczniczym zmianę w zapatrywaniach na dynamikę narządów i ich wyciągów i doprowadziła do stwierdzenia, że w przetworach organoterapeutycznych na równi z innymi środkami farmakologicznymi zawarte są substancye farmakodynamiczne, dające się co do swego działania dokładnie zanalizować, oraz, że przez te substancye można energicznie wpływać na wszystkie prawie sprawy wegetatywne. A chociaż pod względem chemicznym nie wszystkie jeszcze te substancye zostały dokładnie poznane, to jednak rozporządzamy dziś dostatecznem doświadczeniem dynamobiologicznem.

Wskutek badań eksperymentalnych straciły dawniejsze pojęcia o t. zw. leczeniu zastępczem (substytucyjnem) swoje znaczenie. Organoterapia przybrała inną poniekąd postać. Czynniki dynamiczne produktów narządów ujmuje się obecnie z tego samego stanowiska, jakie oddawna było miarą w ocenie wielu leków organotropijnych. Na miejsce niezbyt ścisłego pojęcia leczenia zastępczego weszły dokładniejsze określenia farmakologii eksperymentalnej.

Nie brakło już dawniej usiłowań, aby przeglądowo przedstawić te nowe sasady organoterapii. Ja sam także ogłosiłem w r. 1902 w »Wiener Klinik« pracę, która miała to na celu. Ale przy ówczesnym stanie badań musiały wszystkie takie próby trzymać się w skromnych granicach. Dziś rozporządzamy już tak bogatym materyałem, że jego zestawienie i opracowanie ponowne jest konieczne. Toteż każdy musi chętnie powitać dzieło, świeżo wydane przez Wagnera v. Jauregg i Gustawa Bayera.

Już w tytule dzieła tego zaznaczono, że za podstawę opracowania organoterapii wzięto zasady anatomiczne i fizyologiczne. Odpowiednio do tego obejmuje pierwszy rozdział dzieła morfologię tych narządów, które tu farmakodynamicznie wchodzą w rachubę, w opracowaniu Alfreda Kobusa. W dalszych rozdziałach opracował tarczycę Wagner v. Jauregg, gruczoły przytarczyczne F. Pineles, grasicę Karol Basch, przysadkę L. Borchardt, trzustkę R. Ehrmann, układ chromochłonny G. Bayer, gruczoły płciowe A. Foges. Rozdział końcowy, napisany przez G. Bayera, poświęcono narządom, nie posiadającym wydzielania wewnętrznego, jak wątroba, nerka, śledziona, szpik, gruczoły chłonne, układ nerwowy, krew, substancye mięsne, tkanka płucna. Ten pobieżny przegląd wystarczająco wskazuje, że plan pracy obmyślano sumiennie i wyczerpująco i wykonano starannie.

W sprawozdaniu niniejszem, i tak już przekraczającem zwykłe ramy, niepodobna wchodzić w szczegóły. Całkiem ogólnie można tylko powiedzieć, że autorowie dzieła spełnili to, co przyrzeka tytuł. W każdym rozdziale znajdzie czytelnik nietylko dokładne, ale też łatwo dostępne przedstawienie wszystkiego tego, co tylko mogło być ważne. Spisy wszystkich głównych prac w danym zakresie, zawarte w książce, oddadzą usługę tym czytelnikom, którzyby chcieli w rzecz wniknąć głębiej.

W następnem wydaniu należałoby sprostować szereg błędów drukarskich w nazwiskach autorów. Tak n. p. nazwisko moje przekręcono na »Korkynski« (str. 442). Mówiąc o następnem wydaniu, przez to samo wyrażamy nadzieję, że dzieło znajdzie licznych czytelników, że powinno się znaleźć przynajmniej w rękach każdego internisty. Zasługuje na to pod każdym względem.

Prof. Dr L. Korczyński.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Staub. **Gruźlica płuc w obrazie rentgenologicznym** (Korr.-Blatt. f. Schweiz. Ärzte 1913, 41). Nowe przyrządy i lampy rentgenowskie pozwalają na uzyskanie ostrych i dokładnych obrazów płuc. Zdjęcie rentgenograficzne płuc powinno poprzedzać zwykłe prześwietlenie; właściwie jednak dopiero na podstawie płyty fotograficznej można dokładnie badać i oceniać szczegóły obrazu. Zazwyczaj robi się zdjęcie, gdy chory nie oddycha po głębokim wdechu; o ile możności chory powinien przy zdjęciu stać i kierunek prześwietlenia ma być grzbietno-brzuszny. Bez ekranu wzmacniającego otrzymuje się obraz w kilku sekundach przy obciążeniu 25—30—40 miliamp.; dobre ekrany wzmacniające skracają czas zdjęcia do $^1/_{10}$ sekundy. Lampa powinna mieć twardość 5·5—6·5 Wehnelta. By uwidocznić pola płucne oraz przeponę, należy użyć klisz o wymiarze 40 × 50. Przy używaniu ekranu wzmacniającego należy lekko przeeksponować. Szczyty płuc można też osobno zdejmować przy użyciu zasłony (blendy). — Co się tyczy wyników badania, to autor sądzi, że obraz marmurkowany prawidłowego płuca wywołany jest przez naczynia krwionośne, gdy w płucu zmienionem przyczyniają się do tego także zapalne zmiany oskrzelków. Plamy na prawidłowym cieniu, towarzyszącym brzegowi serca, tłomaczą się projekcyą naczyń, biegnących tutaj w różnych kierunkach. Zserowaciałe lub zwapniałe gruczoły nadobojczykowe można uzyskać na obrazie szczytów płuc. U dzieci stwierdza się obecność gruczołów oskrzelowych, prócz tego można wykazać często linie pasmowate, ciągnące się od wnęki płuc ku górne-

mu i dolnemu płatom płuca, a odpowiadające zmianom zapalnym, toczącym się około ścian oskrzeli i naczyń. Gruźlicę u dorosłych należy uważać za starą gruźlicę, nabytą w dzieciństwie, a tylko świeżo rozwijającą się dalej. Odosobnionej gruźlicy szczytów prawie nigdy się nie spotyka, zawsze łączy się ona z gruźlicą wnęki płuc. Przy nieznacznem nawet schorzeniu szczytów płucnych zauważa się zazwyczaj wysokie ustawienie przepony po stronie chorej. Daleko posunięte sprawy wikłają się przeważnie zapaleniem zrazikowem. Cofanie się sprawy, wzgl. bliznowacenie ogniska postępuje od obwodu ku środkowi; w tych razach widzi się ogniska zwapniałe obok cieniów zaciągających się blizn. Ostra linia cienia przemawia za blizną międzypłatową. Tworzenie się jamy stwierdza się nieraz tylko na obrazie rentgenologicznym; zazwyczaj spotyka się jamy w płatach górnych. Krwotoki płucne, które pozornie przemijają nieraz bez następstw, wywołują często rozsianie się całego szeregu mniejszych i większych ognisk. W obrazie wyleczonej gruźlicy można stwierdzić duże zaciągnięcia płuc, połączone z przesunięciem serca. Zrosty opłucne są widoczne jako pasma (cienie pasmowate). Przy rozszerzeniach oskrzeli wyraźne obrazy trudno uzyskać. Odma opłucna wyraźnie występuje nawet wtedy, gdy jest mała. Pod niektórymi względami tłomaczenie obrazu rentgenologicznego płuc sprawia nieraz jeszcze trudności.

Nowaczyński.

Massini. **Znaczenie odczynu Wassermanna w chorobach wewnętrznych** (Münch. med. Woch. 1912, 24—25). Autor ocenia znaczenie odczynu Wassermanna w następujący sposób: 1) Odczyn W. jest dobrą metodą dla stwierdzenia kiły; zwłaszcza oddaje usługi w schorzeniach narządów wewnętrznych i uzupełnia wywiady. 2) Ciężkie choroby, przebiegające z charłactwem (gruźlica, nowotwory) nie dają dodatniego odczynu. 3) Silnie dodatni odczyn W. w schorzeniu wewnętrznem świadczy, że zachodzi jeszcze czynna sprawa kiłowa. 4) Słabo dodatni odczyn może przemawiać za tem, a) że chory przechodził kiedyś kiłę, w danym przypadku może chodzić zatem albo o schorzenie niekiłowe u człowieka kiłowego, albo o chorobę pokiłową, n. p. wiąd rdzenia, albo o następstwa kiły, n. p. tętniak; b) może chodzić o sprawę kiłową u chorego, leczonego z powodu kiły lub u chorego, którego surowica ma małe własności hamujące. 5) Ujemny odczyn W. nie wyłącza wcale schorzenia kiłowego. 6) Odczyn W. nie zastąpi nigdy innych metod klinicznych. 7) Odczyn W. musi być ściśle ilościowo wykonany; odczynniki używane muszą być jak najdokładniej nastawione i wymiareczkowane.

Nowaczyński.

Ammann. **Padaczka w Szwajcaryi i jej śmiertelność** (z uwzględnieniem 2.159 przyp. śmierci z powodu padaczki) (Bazylea, Schwabe i Co.). Autor zestawia w swej statystycznej, bardzo ciekawej pracy dane, tyczące się padaczki i dochodzi do następujących wniosków: 1) W Szwajcaryi żyje co najmniej 20000 epileptyków, czyli stanowią oni około 50‰ całej ludności. 2) Głównie występuje padaczka w okresie pokwitania. 3) Średnim wiekiem, którego epileptycy dosięgają, jest okres między 35. a 40. rokiem życia, czyli mniejwięcej o półtora dziesiątka lat niższy, niż średni wiek ogółu ludności. Przeważna ilość chorych na padaczkę umiera między 15. a 55. r. życia, mieszkańcy zaś Szwajcaryi wogóle umierają przeważnie między 55. a 80. r. życia (z pominięciem śmiertelności niemowląt). 4) Na czterech mężczyzn, chorych na padaczkę, wypadają 3 kobiety. 5) Trzecia mniejwięcej część epileptyków, osiągających wiek, w którym są zdolni do małżeństwa, żeni się. 6) Trzecia część epileptyków jest zdolna do zarobkowania, trzecia część pozostaje w Szwajcaryi w leczeniu w zakładach. 7) Z zawodów, jakim oddają się chorzy, wchodzi w rachubę gospodarstwo. 8) W miastach znajduje się o połowę mniej epileptyków, niż na wsi. 9) Urazowa padaczka jest bardzo rzadka w porównaniu z właściwą. 10) Alkoholizmowi nie można przypisywać wielkiej roli, jako czynnikowi wywołującemu padaczkę. 11) 62% epileptyków umiera w następstwie padaczki, 42% w czasie napadów. 12) Padaczka, trwająca od urodzenia w związku z idyotyzmem, jest względnie rzadką. 13) W zakładach obłąkanych umiera $^2/_5$ ogółu chorych, ginących z powodu padaczki.

N.

Prof. Romanelli. **O stosowaniu surowicy przeciwgruźliczej bakteryolitycznej przez odbytnicę** (La Riforma med. 1913, Nr 22 i 23). Powszechne stosowanie surowic leczniczych drogą podskórną wywołuje dość często zbiór objawów przyrody anafilaktycznej, który nazywamy chorobą posurowiczą. Objawy te, na ogół niewybitne, mogą jednak niekiedy przybrać tak ostrą postać, że zmuszeni jesteśmy zaniechać dalszego stosowania surowicy. Rozróżniamy obecnie dwie grupy objawów posurowiczych: 1) Objawy są lekkie i cechują się zaczerwienieniem i naciekiem w miejscu wstrzyknięcia, rozmaitemi wysypkami, bólami głowy, stawów, mięśni i gruczołów, świądem, gorączką i czasem białkomoczem przejściowym. 2) Objawy są bardzo ciężkie i występują niekiedy już w 15—20 minut po zastosowaniu surowicy, a cechują się silnym ogólnym niepokojem, bladością lub sinicą twarzy, nudnościami, wymiotami, wybitną dusznością, ogólnymi bólami, drobnem nieregularnem tętnem, uczuciem blizkiej śmierci (wstrząs anafilaktyczny). Objawy drugiej grupy występują najsilniej przy powtórnem stosowaniu surowicy, zwłaszcza śródżylnem lub podoponowem, i spotykamy je przedewszystkiem u osób osłabionych, n. p. gruźliczych, i astmatyków; życiu jednak nigdy nie grozi niebezpieczeństwo. Podług dzisiejszego stanu nauki przyczyną objawów anafilaktycznych ma być swoiste ciało białkowe, dotychczas jeszcze dokładnie nieznane, znajdujące się w surowicy zwierząt w różnej ilości, zależnie od ich gatunku. Najrozmaitsze próby, przedsięwzięte w celu zniszczenia tych trujących własności surowic, jak stosowanie różnych przetworów chemicznych, alkaloidów, zaczynów, promieni X, i i. nie osiągnęły celu. Ostatnie badania nad wpływem czynników termicznych na surowice wykazały, że przy ciepłocie 60° C tracą surowice w wielkim stopniu własności trujące, zachowują zaś prawie w zupełności własności lecznicze. Mimo, że w ostatnich czasach stosowanie tych t. zw. surowic inaktywowanych zdobyło sobie wielkie uznanie, jednak w celu zapobieżenia możliwemu wystąpieniu objawów anafilaktycznych postanowiono stosować surowice przez odbytnicę. Doświadczenia w tym względzie, bardzo zresztą nieliczne, dotyczyły przeważnie surowicy przeciwbłoniczej i niektórych surowic przeciwgruźliczych. Przy tego rodzaju stosowaniu surowic nasuwają się dwa pytania, mianowicie, czy w ten sposób usuwamy możliwość anafilaksyi, a z drugiej strony, czy nie cierpią na tem lecznicze własności surowicy? Odpowiedzi w tym kierunku nie są zgodne, na ogół jednak potwierdzają one praktyczność stosowania surowic leczniczych drogą odbytnicy. R. stosował przez odbytnicę u szeregu osób gruźliczych surowicę bakteryolityczną Maragliana, co drugi dzień w ilości 5 cm³, rozcieńczonych 20—25 cm³ rozczynu fizyologicznego soli kuchennej, po poprzedniem podaniu lewatywy oczyszczającej; surowicę wprowadzał ogrzaną do prawidłowej ciepłoty ludzkiej. Chorzy przedstawiali rozmaite okresy choroby. R. zwracał uwagę przedewszystkiem na zachowanie się objawów anafilaktycznych, zdolność chłonienia surowicy przez błonę śluzową odbytnicy, zużytkowanie surowicy przez ustrój, a nadto na wpływ jej na ciepłotę. Na podstawie szesnastu spostrzeżeń klinicznych doszedł do następujących wniosków: 1) Stosowanie surowicy bakteryolitycznej w sposób wyżej podany, nie dało nigdy powodu do zaprzestania jej stosowania ze względu na objawy anafilaktyczne miejscowe lub ogólne. 2) Chorzy dobrze znosili ten sposób leczenia, tak, że można go było długi czas stosować bez wywołania miejscowych objawów zadrażnienia, lub też zaburzeń jelitowych. 3) Surowica, stosowana przez odbytnicę, w przeciwieństwie do stosowania podskórnego, nietylko nie wywołuje gorączki, ale nawet niekiedy bardzo dobrze na nią działa. 4) U osobników nie gorączkujących nigdy nie było

wzniesienia ciepłoty. 5) Skuteczności tego rodzaju stosowania surowicy dowodzi wzmożenie się swoistych czynników obronnych surowicy krwi już po 15—18 dniach. Dr T. T.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 4. maja 1914.

1) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. R. Nussenblattówne j p. t.: **Przyczynek do analizy wyboru wyobrażeń skojarzonych.**

W celu ułatwienia analizy czynników, wpływających na wybór wyobrażeń wybieranych i pomijanych przy doświadczeniu skojarzeniowem, zastąpiono to ostatnie eksperymentem wyboru z dwóch podawanych wyrazów. Taka technika doświadczenia pozwalała autorce kontrolować nietylko materyał wybierany, ale i odrzucany. Wykazy pokazywano parami w otworze mnemometru Ranschburga; badany miał wymienić jeden z dwóch podanych wyrazów. Czas reakcyi notowano chronometrem d'Arsonvala. Po dokonaniu 60 wyborów, doświadczenia powtarzano. Wyniki streszczają się, jak następuje: 1) Z zestawień, w których skład wchodziły wyobrażenia zabarwione afektywnie, wybierano wyobrażenia zabarwione pozytywnie, pomijano wyobrażenia zabarwione negatywnie. 2) Zabarwienie uczuciowe ułatwiało wybór i skracało czasy reakcyi, wzruszeniowe utrudniało i przedłużało reagowanie. 3) W wyborach z pomiędzy dwóch wyobrażeń obojętnych decydował ich mniej lub więcej aktualny dla badanego charakter. W razie równomiernej lub małej aktualności obu wyrazów wybory bywały utrudnione, lub nawet badani odmawiali wyboru. 4) W powtórzonych doświadczeniach wybory się powtarzały. 5) Czasy reakcyi w powtórzonem doświadczeniu były przykrócane, szczególnie czasy reakcyi zabarwionych wzruszeniowo. — Wnioski teoretyczne, tyczące się kojarzenia, wysnuto następujące: 1) Wybór wyobrażeń skojarzonych do podniet afektywnie zabarwionych cechuje afektywność psychiczna; treść kojarzenia zależy od popędów afektywnych wywołanych przez podnietę. 2) Wymienianie wyobrażenia zabarwionego pozytywnie, pomijanie pojęć zabarwionych negatywnie, jest formą zaspokajania popędu afektywnego. 3) Kojarzenie do podniet zabarwionych afektywnie bywa utrudniane przez wzruszeniowe zabarwienie podniety. 4) Kojarzenie do podniet obojętnych jest procesem automatycznym, psychicznie biernym, zależnym od uprzednich przyzwyczajeń i przystosowań kojarzącego.

2) Czł. E. Godlewski jun. przedstawia pracę p. T. Dzierzkowskiego p. t.: **Studya nad rozwojem beztlenowców w pożywkach z wolnym dostępem i bez dostępu powietrza.**

Autor hodował trzy gatunki beztlenowców bezwzględnych (laseczniki obrzęku złośliwego, szelestnicy i tężca) jednocześnie w pożywkach z wolnym dostępem i bez dostępu powietrza. Z pośród użytych pożywek najlepszemi do hodowania wspomnianych beztlenowców okazały się: bulion z dodatkiem ziemniaka suchego (bulionu 10—15 cm^3, ziemniaka 0·4—0·75 g) oraz bulion z dodatkiem wątroby cielęcej lub mysiej, bądź świeżej, bądź wysuszonej (bulionu 10—15 cm^3, wątroby wysuszonej 0·5—0·75 g lub wątroby świeżej 1·0—1·5 g). W wymienionych pożywkach beztlenowce rozwijały się nietylko nie gorzej, niż w głębokim agarze cukrowym, w bulionie pod warstwą parafiny stałej lub płynnej, albo w rurkach Buchnera i Novyego, ale nawet lepiej. Beztlenowce, zaszczepione do bulionu, zawierającego kawałek wysuszonego ziemniaka lub kawałek wątroby świeżej albo wysuszonej, rozwijały się zawsze mimo wolnego dostępu powietrza, podczas gdy w głębokim agarze cukrowym, w bulionie pod warstwą parafiny stałej, albo w atmosferze beztlenowej w rurkach Novyego i Buchnera niezawsze udawało się je hodować. Zarodniki wytwarzały się zarówno w pożywkach trzymanych w atmosferze powietrznej, jak i w atmosferze beztlenowej.

Oddział rzeszowski Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie d. 24. V. 1914.

Po kilkunastoletniem milczeniu zebrała się dnia 24. V. rzeszowska Sekcya Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Z tutejszego grona kolegów zaledwie trzech należy do Towarzystwa. Kilku kolegów należy do Krajowego Związku lekarzy; reszta zaś nigdzie nie należy i niczem się nie interesuje.

Programem posiedzenia było omówienie spraw ogólnych, ze względu jednakowoż na szczupłe grono zebranych odroczono dyskusyę na ten temat do następnego posiedzenia. Poruszono sprawę założenia Towarzystwa zwalczania gruźlicy wraz z odpowiednią stacyą dla udzielania chorym porady lekarskiej. Postanowiono odnieść się o wskazówki do prof. Dr Wiczkowskiego.

Na zakończenie posiedzenia przedstawił kol. Dr Hinze chorych z zakresu chirurgicznego, leczonych w tutejszym szpitalu powszechnym, a mianowicie: chorą po **laminektomii**, wykonanej z powodu gruźlicy kręgów i następowego porażenia nóg; chorą po **resekcyi jelita**, chorą po **wycięciu nadpochwowem macicy** włókniakowej, chorą po operacyi **torbieli jajnikowej,** chorą po operacyi **wyrostka robaczkowego**, chorego po operacyi **przepukliny** uwięzłej ze zgorzelą jelita, oraz szereg chorych leczonych na gruźlicę stawową i kostną **sposobem Calota.**

II. Zjazd lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego

w d. 31. maja i 1. czerwca 1914 w Lublinie.

Sprawozdawca **Dr W. Jasiński** (Lublin)

III. Posiedzenie

(w poniedziałek 1. czerwca 1914 o godz. 9 rano).

Prezydyum: J. Szawelski (Siedlce), J. Puterman (Sosnowiec), S. Sitkowski (Radzyń); sekretarze: Borsukiewicz, Prussak, Wąsowski.

1) Dyskusya nad wnioskami z odczytu M. Arnsztajna (z Lublina) **co do zaradzenia brakom w wykształceniu lekarzy prowincyonalnych** (podanymi w poprzedniem sprawozdaniu).

a) J. Zawadzki (z Warszawy) zaznacza, że podział lekarzy na wielkomiejskich i prowincyonalnych nie jest słuszny: nauka zdemokratyzowała się i jest dostępna zarówno dla lekarzy warszawskich, jak i prowincyonalnych; niema i nie może być różnic pomiędzy lekarzem warszawskim, a łódzkim i lubelskim. Lekarze polscy naogół stoją na wysokości zadania, a że są wśród nich ludzie, którzy nie chcą pracować, to zarówno w Warszawie, jak na prowincyi zależy to tylko od cech osobnika i uogólnieniom nie podlega. Pisma lekarskie robią, co mogą; wszystkie stawiają sobie za zadanie kształcenie lekarzy, lecz nie jest bynajmniej wskazane, by unikać miały kazuistyki, która jest podstawą naszej wiedzy klinicznej. Nie mogąc dla braku czasu omówić wszystkich wniosków prelegenta, zaznacza mówca, że zakładanie nowych pism jest niemożliwe, choćby ze względów materyalnych. Towarzystwo samokształcenia jest mrzonką niewykonalną w obecnych warunkach, powinny zająć się tem Towarzystwa lekar-

skie; prelegentów łatwiej sprowadzić, niż lekarzom prowincyonalnym jeździć na kursa.

b) A. Puławski (z Warszawy) sądzi, że prelegent za mało krytycznie przedstawił odpowiedzi na rozesłaną ankietę: obraz, przez niego przedstawiony, byłby wielce przygnębiający, gdyby był prawdziwy. Prawdą jest, że lekarze nasi pracują w warunkach ciężkich, że trudno im się kształcić i utrzymać na wyższym poziomie wiedzy i zadań społecznych; trudności te jednak są pokonywane, czego dowodem są choćby Zjazdy, sumienne prace w pismach lekarskich, ulepszanie szpitali i t. p. Wszyscy żyjemy w warunkach trudnych, nienormalnych, odczuwając nieraz brak... tlenu, lecz jak względne beztlenowce mamy nadzieję, że ów tlen na nas spłynie. Samokrytyka jest dobra i potrzebna, nie należy jednak wpadać w Weresajewszczyznę! Zadaniem naszem byłoby ułatwić to ciężkie życie lekarzy, oszczędzić im utraty sił, jakie ponoszą dla zdobywania tego, co gdzieindziej łatwo przychodzi, o czem myśli państwo, gminy i t. p. Można przeto zgodzić się na niektóre wnioski prelegenta, lecz z pewnemi zmianami; co do pisma n. p., to stwarzanie organu, poświęconego specyalnie samokształceniu, byłoby zbyteczne, wszak próby podobne nie udały się już dla braku autorów i prenumeratorów. Każde z istniejących pism może łatwo ramy swe rozszerzyć i odpowiedzieć stawianym żądaniom, o ile znajdzie poparcie autorów i odbiorców.

c) Br. Sawicki (z Warszawy) znajduje, że szeroka dyskusya, stawianie ostatecznych wniosków na zebraniu ogólnem, nie doprowadzą do celu i proponuje wybranie komisyi, któraby zajęła się sprawą i zrobiła to, co uzna za możliwe.

d) K. Rozenfeld (z Częstochowy) sądzi, że gdyby nawet obraz, odmalowany przez prelegenta (M. Arnsztajna), uznać za zbyt jaskrawy, zgodzić się trudno, abyśmy mogli uważać się za stojących na wysokości zadania: Towarzystwa lekarskie w większości przypadków nie mogą spełniać należycie swych zadań i w przyszłości dążyć należy do podniesienia ich poziomu nankowego. Czytelnictwo również rozwinięte jest słabo, tworzenie zaś organu prowincyonalnego z wielu względów byłoby trudne. Należy prosić redakcye pism istniejących o uwzględnianie kierunku praktycznego, odpowiadającego potrzebom lekarzy prowincyonalnych.

e) St. Rechniowski (z Piotrkowa) staje w obronie lekarzy prowincyonalnych, uważając, że postawione im zarzuty są mało lub wcale nie uzasadnione. W szczególności nieuzasadniony jest zarzut co do niższego stopnia wykształcenia ogólnego lekarzy prowincyonalnych: na wykształcenie ogólne składają się wszak czynniki takie, jak wrodzone zdolności i upodobania, wychowanie, wykształcenie szkolne, wreszcie zawodowe wykształcenie uniwersyteckie; wszystkie te czynniki nie mają nic wspólnego z późniejszem stanowiskiem lekarza prowincyonalnego, względnie wielkomiejskiego. — Co do braków fachowych lekarzy prowincyonalnych, przyznać można, że nie mając pomocy naukowej (pracownie chemiczne, bakteryologiczne i t. p.), nie mogą oni częstokroć zebrać materyału, jaki jest potrzebny choćby do prawidłowego rozpoznania choroby. Zato lekarz prowincyonalny doprowadza do większej nieraz od stołecznego doskonałości dostępne dla siebie metody badania (wzrok, słuch, czucie). Wreszcie podnieść należy, że lekarz prowincyonalny chcąc nie chcąc musi być w warunkach swej pracy działaczem społecznym i pod tym względem przewyższa stanowczo lekarzy wielkomiejskich.

f) A. Szczepaniak (z Radomia) zauważył w odczycie prelegenta intencyę nadania pracy lekarza prowincyonalnego większego rozpędu dla osiągnięcia korzyści przez całe społeczeństwo. U nas natomiast istnieje wśród lekarzy intencya do podziału chorych na kategorye, na obywateli pierwszej i drugiej klasy i t. p. Tu mówca przeszedł do szeregu ogólnikowych określeń, co wywołało na sali liczne głosy, że przemówienie jego niema związku z tematem rozpraw; wobec tego, że upłynęło przepisane w regulaminie 5 minut, przewodniczący oddał głos następnemu mówcy.

g) S. Sterling (z Łodzi) stawia ankiecie prelegenta jedyny zarzut: należało zapytać także, jakie są zalety lekarza prowincyonalnego, wówczas odpowiedź wypadłaby równie różowo, jak ciemną się stała, gdy zapytano o braki lekarzy. Jedną z cnót lekarzy prowincyonalnych jest rozwój »talentów« lekarskich: pozbawieni możności korzystania z pomocy dyagnostyki technicznej, rozwijają oni w sobie doskonałą wrażliwość, spostrzegawczość i t. p. — Tak zw. samokształcenie lekarzy prowincyonalnych może być osiągnięte nie zapomocą dostarczania w pismach monografii, popularyzujących medycynę, lecz przez umożliwienie i zachęcanie do pracy literackiej samodzielnej. Opracowanie jednego tematu nieraz więcej nauczy, aniżeli przeczytanie całego tomu; taką pracę podjąć powinno jedno z pism lekarskich istniejących lub osobno w tym celu stworzonych.

h) J. Puterman (z Sosnowca), przedstawia opracowany przez siebie i S. Weinziehera następujący wniosek w sprawie podniesienia poziomu naukowego lekarzy prowincyonalnych.

»Zważywszy, że lekarze prowincyonalni, obarczeni działalnością czysto praktyczną i niemający zresztą możności pracować naukowo, wobec braku na prowincyi odpowiednich warsztatów pracy, mogą śledzić za rozwojem nauki lekarskiej tylko zapomocą odpowiedniej lektury lub wymiany spostrzeżeń w Towarzystwach lekarskich; że jednak najwięcej nadaje się do tego połączone z odpowiedniemi demonstracyami żywe słowo osób, pracujących naukowo i temsamem stojących zawsze na wysokości opracowywanych przez nich działów nauki lekarskiej; — byłoby bardzo pożądanem, aby koledzy, odpowiadającv wymienionym warunkom, zechcieli zorganizować odpowiedni komitet prelegentów, którzyby za pewnem wynagrodzeniem wygłaszali w Towarzystwach lekarskich prowincyonalnych systematyczne odczyty z uprawianych przez nich dziedzin wiedzy lekarskiej«.

i) M. Arnsztejn odpowiada: Należy zapobiegać temu, by uchwały Zjazdów nie pozostawały na papierze. Towarzystwo samokształcenia zapewne prędko i łatwo do skutku nie dojdzie ze względów formalnych, lecz dążyć doń powinniśmy; tymczasem byłby pożądany wybór odpowiednich ludzi, którzyby zajęli się sprawą samokształcenia lekarzy; gdyby zachodziły nawet przeszkody formalne, zrażać nas nie powinny. Istniejącej prasie lekarskiej prelegent zarzutów nie czyni, wiedząc, w jak trudnych pracuje warunkach. Organ, poświęcony samokształceniu, uważa za potrzebny: lekarz na prowincyi musi mieć pismo, które odpowiadałoby jego potrzebom, pisma takie wydawane są wszak tam, gdzie lekarze mają do rozporządzenia uniwersytety, akademie praktyczne i t. p., czego my nie posiadamy. Ankieta i odczyt nie miały na celu nagany dla lekarzy prowincyonalnych, lecz wskazać miały, w jakich warunkach odbywa się praca umysłowa i fachowa lekarzy prowincyonalnych i znaleźć sposoby dopomożenia tym lekarzom w ich wysiłkach na drodze samokształcenia.

2) Dr E. Wiszniewski (z Siedlec): **Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej na zasadzie przypadków, spostrzeganych w ostatniem trzechleciu w szpitalu N. M. P. w Siedlcach** (drukowane w Medycynie i Kronice lekarskiej Nr 22 (1914), str. 458).

Dyskusya: a) L. Zembrzuski: Sprawa leczenia gruźlicy chirurgicznej stanowi prawdziwą bolączkę nietylko lekarzy prowincyonalnych, lecz i w miastach większych, należy się przeto wdzięczność prelegentowi za poruszenie tego tematu. Leczenie gruźlicy chirurgicznej w szpitalach wielkomiejskich daje złe wyniki, stan chorych poprawia się natomiast, gdy ich umieścimy na wsi; im dalej od miasta położony jest szpital, tem większe osiąga powodzenie w leczeniu gruźlicy kostnej. Leczenie gruźlicy chirurgicznej

trwa naogół długo (6—8 lat), w naszych warunkach jeszcze dłużej, co wywołuje u chorych niezamożnych i mniej kulturalnych zniechęcenie do lekarzy i uciekanie się do pomocy felczerów, znachorów i t. p. Jedyną radą na tak smutny stan rzeczy byłoby stworzenie w Królestwie Polskiem odpowiedniego sanatoryum (projekt ten już istnieje); tymczasem możliwe jest współdziałanie lekarzy miejskich z wiejskimi. Co do zabiegów, L. radzi stanowczo zaniechać kąpieli systematycznych, zwłaszcza w gruźlicy wielkich stawów i kręgosłupa; stosowanie w tych razach kąpieli jest wprost błędem zawodowym.

b) J. Gliński (z Łaska) zgadza się, że w gruźlicy stawu biodrowego leczenie zachowawcze daje lepsze wyniki; co do stawów kolanowego, skokowego i łokciowych, uważa za godną polecenia metodę Wrześniowskiego (z Częstochowy), polegającą na szerokiem otwarciu stawów i wyskrobaniu wszystkich ognisk; wpływa to znacznie na lepsze odżywienie chorych, uwolnionych od ogniska gruźliczego. U dzieci lepiej jest istotnie unikać noża. — Przesądy naszego ludu należy zwalczać, zachęcając do racyonalnego leczenia.

c) Br. Sawicki (Warszawa) podnosi, że jednym z najważniejszych czynników leczenia gruźlicy miejscowej jest klimat; stąd prowincya znajduje się istotnie w lepszych warunkach niż Warszawa, gdyż Warszawa nie może dać chorym odpowiedniego powietrza. Wobec tego jednak, że zbyt mało lekarzy naszych zajmuje się sprawą leczenia gruźlicy, brak nam danych co do wyników, jakie w naszym klimacie dać może leczenie zachowawcze i brak wskazówek, jak należałoby u nas przystosować do warunków klimatycznych i kulturalnych zalecane gdzieindziej sposoby. Stąd zasługa prelegenta, że zajął się tą sprawą. S. zwraca dalej uwagę, że prelegent nie przytoczył w odczycie wieku leczonych (co wpływa na wynik leczenia) i nie zaznaczył, czy prócz metody Calota stosował inne sposoby, jak naświetlania słoneczne, wynoszenie chorych na powietrze i t p.

d) Prelegent (E. Wiszniewski) dziękuje poprzednim mówcom za dopełnienia jego odczytu. Co do metody otwartego leczenia gruźlicy stawów, uważa ją za niebezpieczną; przypadki Wrześniowskiego, leczone tą metodą z dobrym skutkiem, uznano za niegruźlicze. Lekarz może i powinien walczyć z przesądem ludu, nie może jednak pokrywać kosztów leczenia chorych, którzy ze względów materyalnych nie mogą lub nie chcą leczyć się długo. Uwagi Sawickiego co do znaczenia wieku chorych nie podziela w zastosowaniu do metody Calota, gdyż ta metoda w gruźlicy zamkniętej daje bez względu na wiek $^{9}/_{10}$ dobrych wyników (z zachowaniem ruchomości stawów). Co do lepszych warunków leczenia w szpitalach prowincyonalnych, ulegamy tu bodaj złudzeniu wobec opłakanego stanu higienicznego tych szpitali.

3) St. Sitkowski (z Radzynia, ziemi podlaskiej): **O sfigmomanometryi w praktyce lekarza prowincyonalnego:** W ciśnieniu krwi rozróżniamy dwa poziomy: pierwszy, odpowiadający końcowi skurczu serca, ciśnienie skurczowe (systoliczne), maksymalne, drugi — końcowi rozkurczu, ciśnienie rozkurczowe (dyastoliczne), minimalne. Ciśnienie skurczowe (Mx) jest wynikiem współdziałania 3 czynników: siły skurczu serca, własności fizyko-chemicznych krwi i stanu naczyń. Ciśnienie rozkurczowe (Mn) zależy przeważnie od dwóch ostatnich czynników i wyraża opór, jaki serce spotyka na obwodzie Różnicę tych poziomów, t. zw. ciśnienie tętna (PD lub PP), uważać możemy z pewnemi zastrzeżeniami za miarę siły skurczu, w każdym razie jest ona do niej proporcyonalna. — Palcem przy badaniu nie możemy określić ciśnienia. Nawet tętnopis nie daje nam o tem wyobrażenia (zestawienia sfigmogramów absolutnych z krzywemi tętna). Samo Mx nie daje pojęcia o istocie zaburzeń.

Dla praktyki codziennej najlepszy jest przyrząd Riva-Rocci-v. Recklinghausena. Mx najlepiej określać metodą osłuchową.

Normą ciśnienia jest dla Mx 110—130, dla Mn 70 do 90, dla PP, 40—60. Rozstrzygają nie cyfry bezwzględne, lecz stosunek Mx do Mn. — W stanach chorobowych następuje ciśnienie nadmierne (hypertensio), albo niedostateczne (hypotensio). Ciśnienie nadmierne bywa bezwzględne i oznacza wyrównanie zupełne, nieraz nadmierne; względne — wyraża niezupełne wyrównanie, a rzekome (hypertensio spuria s. insufficiens) jest wyrazem hyposystolii, a nawet asystolii. Nizkie Mx przy wysokiem Mn (hypertensio spuria) jest złym prognostycznym objawem w stwardnieniu tętnic (angina pectoris, oedema plm.). Ciśnienie niedostateczne bywa: bezwzględne w ciężkich stanach gorączkowych, względne cechuje asystolię, a rozkurczowe jest objawem wysoce charakterystycznym dla niedomykalności zastawek aorty. Z danych tych wynikają dla oryentacyi następujące wskazówki: 1) Za podstawę do oceny zaburzeń krążenia służy stosunek Mx do Mn. 2) Zbliżanie się tych poziomów kosztem spadku Mx wyraża niedomogę serca względną, kosztem zaś jednoczesnego spadku Mx i wzrostu Mn — niedomogę bezwzględną. 3) Rozchodzenie się tych poziomów kosztem wzrostu Mx wyraża hypersystolię, kosztem zaś wzrostu Mx i spadku Mn, eusystolię. Autor pokazuje na własnych zdjęciach ewolucye w jednym i drugim kierunku, a na schemacie Mastincta teoretyczną ewolucyę asterio-veno-kardiosklerozy.

Praktyczne znaczenie tej metody jest wielkie. Wskazując, gdzie leży przyczyna zaburzeń, pozwala ona stosować leczenie rzeczywiście racyonalne i skuteczne, z drugiej zaś strony unikać szablonowego i nieraz bardzo szkodliwego leczenia, jakiem jest n. p. nieoględnie i nie w odpowiednim czasie stosowane podawanie jodu w stwardnieniu tętnic. Nie małoważną zaletą jej jest także zmuszanie praktyka do głębszej analizy fizyopatologicznej. Zarzuty, stawiane tej metodzie, są przeważnie niesłuszne. Jest ona na równi z innemi metodami badania czynności ustroju nerek, wątroby i t. d. cechą »par excellence« współczesnej medycyny, opartej na fizyopatologii, i blizkim jest czas, kiedy bez niej nikt nie odważy się leczyć zaburzeń krążenia, jak bez termometryi — stanów zakaźnych.

Dyskusya: a) K. Rozenfeld (z Częstochowy) sądzi, że badanie ciśnienia krwi może dać wyniki pewne tylko przy systematycznem powtarzaniu badania: badanie jednorazowe wobec ożywionej gry nerwów naczynioruchowych może być powodem wniosków nieścisłych. Określenie ciśnienia krwi oddaje niezaprzeczone usługi w rozpoznawaniu początkowego okresu stwardnienia tętnic, w zapaleniu nerek przewlekłem i w niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Badanie systematyczne ciśnienia tętna w chorobach serca i stwardnieniu tętnic może nawet dawać ważne wskazówki w rokowaniu. Jednoczesne badanie lepkości krwi w celu określenia sprawności mięśnia sercowego, jak to twierdzi Martinet, jest zbyteczne, mówca przekonał się w badaniach własnych, że przy jednakowem ciśnieniu krwi stan lepkości może być zupełnie różny i wyprowadzane stąd wnioski bardzo niepewne.

b) S. Sterling (z Łodzi) zaznacza, że badanie ciśnienia krwi jest doskonałą metodą rozpoznawczą, lecz samo przez się nie jest dostateczne w rozpoznawaniu i rokowaniu. Co do techniki, przyrząd Riva-Rocci najlepszy jest do określania maximum, do minimum lepszy bez porównania jest przyrząd Pachona.

c) Przewodniczący (J. Szawelski) wnosi, że w przyszłości większa liczba lekarzy stosować powinna badanie ciśnienia krwi i tętna.

d) Prelegent (St. Sitkowski) zgadza się z poprzednimi mówcami w sprawach przez nich poruszonych.

4) W. Chodźko (Czerwony Dwór, ziemia warszawska): **O zadaniach lekarza-praktyka w zakresie psychiatryi.** Prelegent omówił w krótkości sposoby i środki, jakie przedsięwziąć powinien lekarz-praktyk w przypadkach ostrych chorób umysłowych; najwięcej miejsca jednak

poświęcił zapobieganiu chorób umysłowych i znaczeniu działalności lekarza w tym względzie. Wyczerpująco i wszechstronnie przedstawił prelegent zadanie społeczne lekarza: wskazał więc na znaczenie lekarza szkolnego pod względem zapobiegania nerwicom, mówił o konieczności walki z alkoholizmem i przymiotem, (gdyż sprawy te, jak dowiódł liczbami, w znacznej większości przypadków są przyczyną chorób umysłowych), o zapobieganiu małżeństwom osób chorych lub obarczonych dziedzicznie, o szkodliwości nadużyć płciowych i środków zapobiegania ciąży, słowem przedstawił całokształt tego, co myślący lekarz zrobić może dla uzdrowotnienia społeczeństwa.

Dyskusya. a) N. Czarnocki (z Wiszniowa, gub. wileńskiej) wnosi, aby ze względu na to, że praca Dra Chodźki obok wartości naukowej ma wysokie zalety pracy popularnej, Zjazd zalecił ją do osobnego wydania w postaci broszury popularnej.

b) H. Kaczyński (Parczew, z. Siedlecka) wskazuje, że oprócz nadużycia alkoholu lud nasz pali nadmiernie tytoń i używa do picia eteru (anodyny). Lekarz prowincyonalny dużo zrobić może w zwalczaniu tych nałogów, gdyż włościanin częściej od człowieka inteligentnego słucha lekarza i zarzuca palenie. Następnie K. uważa za wskazane wszczęcie starań o ułatwienie rozwodów w małżeństwach, gdzie jedno z małżonków obarczone jest chorobą umysłową.

c) A. Pański (Łódź) zwraca uwagę, że niedopuszczalność małżeństw osobników o zbrodniczych instynktach lub skłonnych do chorób umysłowych, nie zapobiega dostatecznie płodzeniu poza małżeństwem dzieci zwyrodniałych i chorych; nie powinniśmy przeto poprzestawać na niedopuszczaniu do małżeństw podobnych osób, lecz dążyć należy do uniemożliwienia im płodzenia dzieci drogą wytrzebienia.

d) A. Staniszewski (z Lublina) jest tego zdania, że lekarz zawsze i wszędzie powinien zabraniać używania napojów wyskokowych i nawołując do wstrzemięźliwości, działać powinien nietylko słowem, lecz osobistym przykładem.

e) W. Rogiński (Kolno, z. łomżyńska) zwraca uwagę, że dotąd dawką alkoholu, jako leku, jest kieliszek i pragnie, aby Zjazd zalecił lekarzom powstrzymanie się od stosowania alkoholu w celach leczniczych do czasu ustalenia ścisłego dawkowania.

f) Prelegent (W. Chodźko) odpowiada, że nałóg palenia, aczkolwiek niezawodnie szkodliwy, niema znaczenia w powstawaniu chorób umysłowych. Ingerencya lekarzy w sprawie małżeństw już zawartych i dążenie do zmiany prawa kanonicznego nie wydaje się prelegentowi możliwem. Sprawa trzebienia zapobiegawczego jest już ustawowo załatwiona w kilku stanach Ameryki północnej, dorywczo zaś znalazła zastosowanie w Szwajcaryi; poglądy na tę sprawę nie są jednak ustalone i zdania lekarzy w tym względzie tak jeszcze sprzeczne, że sprawa nie nadaje się dotąd do szerszego popularyzowania i agitacyi lekarzy. Wreszcie, uzupełniając wniosek Dra Staniszewskiego, wnosi prelegent, aby uczty i przyjęcia na zjazdach lekarzy prowincyonalnych były ściśle bezalkoholowe.

5) Sekretarz komitetu organizacyjnego odczytał zgłoszone do prezydyum **wnioski komisyi regulaminowej,** która do projektu regulaminu, opracowanego przez komitet I. Zjazdu w Łodzi, dodała tylko uwagę, że na Zjazdach lekarzy prowincyonalnych należy unikać podziału na sekcye Komisya poleca komitetowi organizacyjnemu II. Zjazdu ostateczną redakcyę regulaminu, wydrukowanie go w większej liczbie egzemplarzy i przesłanie komitetowi następnego Zjazdu. Wnioski komisyi przyjęto bez dyskusyi.

6) J. Gliński (Łask, z. piotrkowska): **Kilka słów o znieczulaniu rdzeniowem.**

Po wstępie historycznym omówił prelegent szczegółowo metodę znieczulania rdzeniowego (technikę, wskazania i przeciwwskazania, powikłania) oraz zestawił 200 przypadków, operowanych w ciągu lat 5 w szpitalu powiatowym w Łasku. Otrzymane wyniki co do znieczulenia wynoszą: pełne znieczulenie 89%, częściowe 7%, brak znieczulenia w 4%. Zaburzenia po znieczuleniu występowały w 5,5% przypadków podczas zabiegu i w 16% po zabiegu, w tem jeden tylko przypadek ciężkiego zapadu, zakończony pomyślnie; przypadków porażeń i śmierci nie było. Zdanie swe o tej metodzie streszcza prelegent w słowach: »Wierzę, że z chwilą, kiedy wynaleziony zostanie pewny i nietrujący środek znieczulający, tryumf tej metody będzie zupełny«.

W dyskusyi a) E. Wiszniewski (z Siedlec) przypomina, iż zdania co do metody znieczulenia rdzeniowego są bardzo podzielone: Rovsing z Kopenhagi twierdzi n. p., że każdy, kto stosuje tę metodę, powinien być uznany za świadomego zabójcę chorego; jest to oczywiście zdanie krańcowe, lecz przyznać trzeba, że metoda ta ma jeszcze znaczne wady i nie może liczyć na szersze rozpowszechnienie. W. zachęca do wypróbowania sprawności nerek przed zastosowaniem uśpienia chloroformowego (kryoskopia, indygo-karmin); przy sprawnych nerkach uśpienie to niebezpieczeństwa dla chorego nie przedstawia.

b) J. Dehnel (Będzin) wyraża zdanie, że metody rdzeniowej nie należy polecać ze względu na niebezpieczeństwo zatrucia, nawet przy stosowaniu tropakokainy. Metoda naogół mało jest rozpowszechniona; u nas ma gorących zwolenników, lecz statystyka ich (5 przypadków śmiertelnych na 1500 w statystyce Kadera) nie jest zbyt zachęcająca.

c) T. Meyer (Tomaszów rawski) wnosi, że ze względu na niemożliwość cofnięcia dawki już wstrzykniętej po wystąpieniu objawów zatrucia oraz na częstość idyosynkrazyi nie można polecać znieczulenia rdzeniowego, tembardziej, że w celu możliwego ograniczenia dawki chloroformu mamy do rozporządzenia znieczulenie mieszane: skopolamin-morfinę + chloroform.

d) H. Kaczyński (Parczew) stwierdza, że dla lekarzy prowincyonalnych, pozbawionych pomocy, nader ważnę są sposoby znieczulania bez uśpienia ogólnego; należałoby przeto istotnie dążyć do wynalezienia środków najmniej trujących. Na razie czy nie dałoby się zastosować do znieczulenia rdzeniowego płynów mniej zgęszczonych. Metody znieczulania miejscowego, dostępne dla lekarza prowincyonalnego, za mało są dotąd rozpowszechnione.

e) S. Rechniowski (Piotrków) sądzi również, że dla lekarza prowincyonalnego wielkie znaczenie mają metody, pozwalające uniknąć uśpienia ogólnego. Nie można jednak polecać metody, która daje śmiertelność 1:470, gdy uśpienie chloroformowe tylko 1:3600. Natomiast godne polecenia są wstrzykiwania nowokainy w pnie nerwowe i do tkanek; w znieczuleniu tem można wykonywać nietylko małe zabiegi, lecz i większe (nawet takie, jak sectio alta, gastroenterostomia).

f) Prelegent (J. Gliński) odpowiada: 1) Częstokroć na prowincyi operować musimy chorego natychmiast po przyniesieniu do szpitala i niema mowy o wykonywaniu prób sprawności nerek przed uśpieniem. 2) Zbytni entuzyazm jest oczywiście naganny, lecz nigdzie może nie trzeba tak bardzo przypominać o »aurea mediocritas«, jak przy ocenie tej właśnie metody; faktem jest, że przy ostrożnem jej stosowaniu z uwzględnieniem przeciwwskazań uniknąć można powikłań. Idyosynkrazya odnosi się przeważnie do kokainy, którą obecnie zarzucono. Prelegent zgadza się, że inne sposoby znieczulania miejscowego zasługują na większe niż dotychczas rozpowszechnienie, wątpi jednak, czy znieczulenie to wystarcza do operacyi brzusznych, gdyż pociąganie trzew wywołuje ból i zmusza zwykle do zastosowania podczas operacyi uśpienia ogólnego.

7) J. Dehnel (z Będzina): **Rzut oka na obecny stan wiadomości naszych o ważniejszych postaciach chorób nerkowych.** Odczyt ten przedstawiał streszczenie obszerniejszej pracy autora, ogłoszonej w »Medycynie i Kronice lekarskiej« p. n.: »Stan współczesny rozpoznania, patologii

i leczenia chorób nerkowych« — oraz wykładu klinicznego »O gruźlicy nerek«, podanego w zjazdowym numerze »Medycyny i Kroniki lekarskiej« r. 1914, Nr 22. Z powodu spóźnionej pory dyskusyi po odczycie nie było i posiedzenie zakończono.

I. Zjazd higienistów polskich we Lwowie.

Ostateczny program Zjazdu jest następujący:

Sobota, 18. lipca: Zebranie w salach Koła literacko-artystycznego we Lwowie (główne wejście z Pasażu Mikolascha) celem wzajemnego poznania się, o godz. $8^1/_2$ wieczorem.

Niedziela, 19. lipca: O godz. 9. rano uroczyste nabożeństwo w kościele katedralnym; o godz. 10 rano w teatrze miejskim otwarcie Zjazdu, od godz. 3—6 popołudniu posiedzenia poszczególnych sekcyi w Politechnice; o godz. 6 zebranie i podwieczorek na placu Powystawowym połączony z festynem.

Poniedziałek, 20. lipca: Od godz. 9—12 rano i od 3—6 popoł. posiedzenia sekcyjne; o godz. 9 wieczorem przyjęcie delegatów przez Komitet gospodarczy w salach Kasyna miejskiego.

Wtorek, 21. lipca: Od godz. 9—12 rano posiedzenie plenarne przy udziale wszystkich sekcyi w auli Politechniki; od godz. 3—6 popoł. posiedzenia sekcyjne; o godz. 9 wieczorem raut, wydany przez Reprezentacyę m. Lwowa w salach ratuszowych dla członków Zjazdu.

Środa, 22. lipca: o godz. 9. rano w auli Politechniki zamknięcie Zjazdu.

Po zamknięciu Zjazdu rozpoczną się wycieczki krajoznawczo-balneologiczne. Szczegółowy program wycieczek oraz plan podróży wraz z podaniem kosztów podany będzie tuż przed Zjazdem. Bliższych szczegółów w sprawie wycieczek udziela gospodarz Zjazdu Dr Witold Ziembicki, Lwów, Bielowskiego 6, u wylotu Pasażu Mikolascha.

Biuro Zjazdu w piątek, sobotę i niedzielę (17. 18. i 19. lipca) mieścić się będzie w Kasynie miejskiem (ulica Akademicka 13), od poniedziałku zaś (20. lipca) w gmachu Politechniki, gdzie również pomieszczona będzie poczta Zjazdu oraz Redakcya Dziennika Zjazdu. Biuro mieszkaniowe będzie nadto czynne na dworcu kolejowym. W sprawie mieszkań zwracać się należy o wyjaśnienia do Dra Zygmunta Danielskiego, plac Bernardyński l. 2.

Komitet gospodarczy I. Zjazdu higienistów polskich.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Czynności redaktora głównego »Przeglądu lek.« objął z dniem dzisiejszym na czas feryi prof. Dr K. W. Majewski (ul. Dunajewskiego 6), do którego też należy się zwracać we wszelkich sprawach redakcyjnych.

— Krajowa Rada zdrowia zajmowała się na posiedzeniu w d. 4 VII. b. r. we Lwowie następującemi sprawami: podręczniki somatologii i higieny, sprawa lekarzy specyalistów, zwłaszcza znawców sądowych, prywatne zakłady porodowe.

— Dyplom doktorski uzyskali: pp. Jan Raczyński, rodem z Wadowic, Władysław Kulczyński, rodem z Krakowa, Stanisław Woliczko, rodem z Wiśnicza Nowego i p. Dora Wasserberg, rodem z Krakowa.

— Zarząd biblioteki Tow. lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie WPanu Dr Serkowskiemu i Drowi T. Heimanowi z Warszawy za dzieła darowane bibliotece. — Dr M. Blassberg, bibliotekarz.

— Magistrat miasta Krakowa rozesłał do szpitali, zakładów leczniczych, władz administracyjnych i szkolnych i t. p. następujące pismo: »C. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych odniosło się rozporządzeniem swem z dnia 24. kwietnia 1914 l. 1650/S. do c. k. Namiestnictwa we Lwowie z poleceniem zarządzenia wstępnych dochodzeń w sprawie obecnych rozmiarów zimnicy. Wskutek rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 22. maja 1914 r. l. VII. b. 1264/9 uprasza Magistrat o podanie dat, dotyczących przypadków zimnicy, o których wiadomo we własnym zakresie działania i wszelkich czynników, pozostających w związku z tą chorobą, a w szczególności podania imienia i nazwiska chorych, ich wieku, miejscowości, z której chorzy na zimnicę pochodzą (czy tam są stawy, sadzawki, bagna, dzikie strumyki), przebiegu choroby, sposobu leczenia, nawrotów chorobowych, wystąpienia chery zimniczej i t. p. Magistrat uprasza o rychłą odpowiedź, nawet ujemną, gdyż uzyskane daty mają posłużyć do wydania zarządzeń, mających na celu zwalczanie epidemii tej choroby przez ustanowionych ku temu płatnych lekarzy i przydanych im pomocników. Czynności tych lekarzy będą polegały najpierw na wyśledzeniu, zbadaniu i spisaniu wszystkich chorych w okręgach przydzielonych, w razie potrzeby sporządzaniu i wysłaniu preparatów z krwi osób zbadanych, następnie na rozdzielaniu chininy w celach leczniczych i kontrolowaniu w razie potrzeby, czy chinina istotnie bywa zażywana, wreszcie na stwierdzeniu wyniku leczenia przez peryodyczne badanie leczonych. Czynności te z początku żmudne i trudne, z postępem akcyi będą coraz łatwiejsze«.

Zarazem prosi Magistrat tych lekarzy, którzyby chcieli wziąść udział w zwalczaniu zimnicy, o nadesłanie pisemnego oświadczenia do d. 15. VII. b. r. ze szczegółowem podaniem żądanych warunków.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 14. VI. do 27. VI. 1914 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † — (obcych 4 † —), krztuśca 3 † —, ospy wietrznej 6, płonicy 48 † 9 (9 † 4), odry 2 † —, duru brzusznego 3 † — (3 † 2), czerwonki 11 † — (2 † —), gorączki połogowej — † — (1 † 1), róży 3 † 1 (1 † 1), tężca — † — (4 † 2). Dr Janiszewski.

Warszawa. Marya z Chełmickich hr. Stadnicka, która zapisała 300.000 rb. na cele publiczne, przeznaczyła w testamencie m. i. po 10.000 rb. Towarzystwu lekarskiemu i Pogotowiu ratunkowemu w Warszawie.

— Kierownictwo nowo otwartej w Towarzystwie naukowem warszawskiem pracowni chemii fizyologicznej i patologicznej objął Dr Tadeusz Koźniewski, docent i b. asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

— W Ciechocinku obok istniejącej już dawniej kolonii dla 100 dzieci zołzowatych, ufundowanej przez Hipolita Wawelberga, otwarto obecnie drugą takąż kolonię im. Dr Stanisława Markiewicza, twórcy kolonii letnich (* 1839 † 1911) w nowym gmachu, obliczonym na 120 dzieci. W obu koloniach, przy czterech zmianach miesięcznych, przebywać może corocznie 880 dzieci. Obu koloniami zarządza Towarzystwo kolonii letnich.

— Sanatoryum w Rudce (koło Warszawy) poszukuje od d. 15 lipca II asystenta. Warunki: mieszkanie z całkowitem utrzymaniem oraz 60 rubli pensyi miesięcznej. Zgłoszenia przyjmuje dyrektor Sanatoryum Dr Stanisław Gałecki, p. Mrozy, gub. Warszawska, Król. Polskie.

Łódź. Przed kilku dniami otwarto w Łodzi nowy dwupiętrowy gmach szpitala fabrycznego Towarzystwa akc. I. K. Poznańskiego. Gmach, obliczony na 70 łóżek, kosztował wraz z urządzeniem wewnętrznem 260.000 rb.

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 15. VI. do 6. VII. 1914 przypadków: ospy 5 † 6, płonicy 8 † 2, duru wysypkowego — † —, róży 1, czerwonki 1. Dr Trenkner.

Z różnych stron. Na ogólnem posiedzeniu Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu w d. 22. V. (5. VI) b. r. odbył się wykład prof. Dr S. S. Zaleskiego: »Współczesne prądy na polu wychowania fizycznego«, który wywołał bardzo ożywioną dyskusyę.

— Dr Józef Babiński z Paryża mianowany został członkiem honorowym cesarskiego Towarzystwa lekarskiego w Konstantynopolu i Akademii lekarskiej w Rio de Janeiro.

— P. Zofia Sadowska uzyskała w Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu stopień doktora medycyny po obronie rozprawy: O działaniu białkowatych aminów na naczynia obwodowe. P. Sadowska jest pierwszą Polką, która zdobyła w Rosyi stopień doktora medycyny.

— Rząd rosyjski ma w najbliższym czasie wnieść do Dumy państwowej projekt utworzenia ministerstwa zdrowia publicznego, żądając na ten cel 400.000 rb.

— Lekarzom, przybywającym do Berlina na studya, udziela bezpłatnie wszelkich potrzebnych informacyi, ułatwia wstęp do klinik i zakładów osobna instytucya, »Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen« (Berlin N. W. 6, Luisenplatz 2—4), zależna od władz rządowych.

— III Zjazd radiologiczny odbędzie się w Wiedniu 27. VI. do 2. VII. 1915. Informacyi udziela sekretaryat (Dr E. v. Knaffl-Lenz, Wiedeń VIII, Pfeilgasse 21).

— VIII. kurs dla dezynfektorów urządza lekarz naczelny m. Lwowa, dr Legeżyński, od 13 do 20. VII. b. r.

— W Bernie Szwajcarskiem odbędzie 14 — 16 września r. b. XII Zjazd przeciwgruźliczy o następującym programie: 1. Gruźlica a rasa (prelegenci: Calmette — Lille; Hamel — Berlin; Raw — Liverpool). 2. Helioterapia i jej podstawy naukowe (Bang — Kopenhaga; Rollier — Leysin; Raw — Liverpool; Schrötter — Wiedeń). 3. Przygotowanie kobiety do walki z gruźlicą. 4. Leczenie pracą fizyczną w uzdrowiskach a zmiana zawodu (Guinard — Bligny; Liebe; Maher; Raw). Ze zgłoszonych dotychczas wykładów godzi się wymienić: v. Muralt: Przewlekła gruźlica prosówkowa. Krüger: Leczenie gruźlicy płuc światłem kwarcowem. M. Fränkel: Leczenie gruźlicy płuc promieniami Röntgena. Raw: Dozór nad produktami mlecznymi w rozmaitych krajach. Stürtz: Izolacya gruźliczych. — Przed Zjazdem w dniach 6—13 września odbędą się dwie naukowe wycieczki: jedna w kierunku północno-wschodnim od Bazylei i druga w kierunku zachodnio-południowym od Genewy. Bliższe informacye: Berlin W. 35 Schöneberger Ufer. 13. Prof. Pannwitz.

Mianowani: prof. Wenckebach ze Strassburga profesorem medycyny wewn. w Wiedniu.

Zmarli: Dr Franciszek Michalik w 56 r. ż. w Worochcie. Ś. p. Michalik był człowiekiem wielkich zalet i niezwykłej energii. Nie mogąc dla braku środków ukończyć gimnazyum, pracuje jako rzemieślnik, potem kończy seminaryum, przez lat 10 pracuje jako nauczyciel, zanim los pozwolił mu rozpocząć studya uniwersyteckie w Krakowie. Tutaj jedna sobie ogólne poważanie kolegów i przewodnictwo w towarzystwach akademickich. Jako lekarz w Czernichowie zebrawszy z trudem skromne środki, wyjeżdża na studya do Paryża i Wrocławia; po powrocie osiada w Przemyślu, pod koniec życia zakłada wzorowe sanatoryum w Worochcie. Dzielny charakter, rzetelna wiedza i działalność społeczna jednały mu wielu przyjaciół.

Ginekolodzy prof. Kehrer w Heidelbergu, prof. Breus z Wiednia, anatomo-patolog prof. Dean w Aberdeen; Dr Aleksander Pius Bieniewski w 78 r. ż. w Warszawie, Dr Bolesław Wender w 55 r. ż. w Essentukach, Dr Zdzisław Szydłowski w 51 r. ż. we Lwowie, Dr Leon Gałczyński w 30 r. ż. w Warszawie.

Redakcya otrzymała: Klęsk: Kilka uwag w sprawie zwichnięć stawów. (Przegląd chir. i gin. 1914).

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w czerwcu 1914.

Gazeta lekarska. Nr 22—26. (Nr 22. poświęcony II Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych). — Lubelskie Towarzystwo lekarskie (22). — Brudziński: Szpital dla dzieci w Radomiu (22). — Erlichówna: Rozedma podskórna w przypadku gruźlicy płuc u dziecka (22). — J. Jaworski: O zmianach serca i w mięśniu sercowym podczas ciąży (22). — Karwacki: Próby określania laboratoryjnego zjadliwości krowianki (22). — Miszewski: Odczyn Abderhaldena w zastosowaniu do chorób umysłowych (22). — Skłodowski: Odma piersiowa powrotna (22). — Sterling: O użyciu oscylometru sfigmometrycznego do badania ciśnienia krwi (22). — Tryjarski: Przypadek gruźlicy gardzieli u 5-letniej dziewczynki (22). — Jaroszyński: W sprawie elektroterapii (22). — 25-lecie odczytów klinicznych, wydawanych przez »Gazetę lekarską« (22). — Kryński: Wrażenia chirurgiczne ze Stanów Zjednoczonych Ameryki półn. (22—25). — Męczkowski (dok. 23). — Sławiński: W sprawie leczenia wylewów krwawych wewnątrzczaszkowych (23—24). — Szpanbok: Udział dynamicznych czynników nerwowych w przebiegu objawów ruchowych po porażeniach połowicznych (24—25). — Bernhardt i Rygierówna: O niedomodze wydzielniczej nerek w pryszczycy pospolitej i pasorzytniczej (25—27). — Lande: Przyczynek do działania leczniczego nakłucia lędźwiowego w zapaleniu opon mózgowordzeniowych (25). — Kowalski: Phlebogramy przy wadach zastawki trójdzielnej (26—27). — Jonscher: Przyczynek do rozpoznawania różniczkowego duru brzusznego i niektórych postaci ostrej gruźlicy dziecięcej (26).

Medycyna i Kronika lekarska. Nr 22—26. (Nr 22 poświęcony II Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych). Biegański: Kilka uwag w sprawie etyki zawodowej lekarskiej (22). — Dehnel: Gruźlica nerek (22). — Okuszko: Wyniki leczenia włóknikowego zapalenia płuc surowicą swoistą (22). — Puławski: O reinjekcyi surowicy przeciwpłoniczej (22). — Wiszniewski: Metoda Calota w leczeniu gruźlicy chirurgicznej (22). — Biehler M.: Bakteryologia i terapia krztuśca (23—26). — Gantz: Stan obecny nauki

o gruźlicy (23—26). — Luxenburg: Metoda dializacyjna Abderhaldena w zastosowaniu do syfilisu (23). — Finck: O wpływie dyety mięsnej na niektóre postacie cukromoczu (24). — Hertz: W sprawie szpikowego przeistoczenia śledziony wywołanego doświadczalnie (25).

Tygodnik lek. Nr 22—26. Zalewski: O oczopląsie cieplikowym na podstawie własnych badań (22—26). — Leszczyński: Przypadek ciężkiego zatrucia salwarsanem (22—26). — Grossek: Zimnica we Lwowie (23—26).

Nowiny lek. Nr 6: Walewski: Przypadek mięśniaka pęcherza moczowego. — Rosenberg: Walka o salwarsan. — Palmirski: Cholera ze stanowiska epidemiologii, biologii i higieny publicznej. — Chłapowski: Kwestya alkoholowa ze stanowiska lekarskiego. — Dziembowski: O wpływie odżywczym ustroju nerwowego na organizm ludzki.

Lekarz wileński. Nr 5. Giedgowd: O rozpoznaniu i leczeniu trzeciorzędnego przymiotu, a mianowicie skrytych jego postaci. — Hanusowicz: Wypadek pryszczycy, wywołanej rośliną primula obconica. — Wygodzki: O sztucznem poronieniu.

Przegląd chirurg. i ginekol. T. X. Z. 2. Julian Kosiński. (Wspomnienie pośmiertne). — Lewenstern: Z kazuistyki ran kłutych nerki. — Rotberg: Przyczynek do kazuistyki ujemnego działania wysokiego ułożenia miednicy podczas operacyi. — Klęsk: Kilka uwag w sprawie zwichnięć stawów. — Gromadzki: Nowokaina z adrenaliną w praktyce położniczej. — M. Judt: Zwężenia okrężnicy. Z metodyki badań rentgenologicznych.

Postęp okulist. Nr 3—4. Wicherkiewicz: 1) Szpary tarczy wzrokowej w postaci dziur. 2) Kilka słów w sprawie leczenia zatoru tętnicy środkowej siatkówki. — Noiszewski: Plexus chorioideus ophthalmicus.

Neurologia polska. T. 4. Z. 2. Koelichen i Szerszyński: Przypadek urazu rdzenia w części szyjnej z rozszczepieniem czucia typu niezwykłego. — Chodźko: Przypadek sześciu ropni mózgu. — Messing: Tabes combinée. — Pożaryska-Łuniewska: Próba badania zdolności spostrzegania sposobem zapożyczonym z ćwiczeń harcerskich.

Zdrowie. Nr 6. (poświęcony II Zjazdowi lekarzy prowincyonalnych). Lidmanowski: Jak mieszka lud nasz? — Schoeneich: O przeludnieniu mieszkań jednoizbowych. — Dembicki: Przyrodolecznictwo, a lud wiejski. — Dobrzyński: Postępy idei miast-ogrodów w Anglii a u nas.— Jaworowski: Towarzystwo lekarzy ziemi lubelskiej, kartka historyczna.

Słowo lek. Nr 10—11. Pierwszy rok ubezpieczenia społecznego w Anglii.— Fischer: Honoraryum lekarskie.— Ś. p. Adam Rydel (wspomnienie pośmiertne). — Taryfa dla lekarzy wykonujących czynności lekarskie w interesie władz. — Z Wydziału wykonawczego Izb lekarskich.

Głos lekarzy Nr 12—13. Kasa chorych lekarzy. — Kuczewski: Walka z gruźlicą w krajach skandynawskich. — Taryfy lekarskie w Galicyi. — Maszewski: Dyety sądowe. — Umowy z kasami chorych. — Akcya ochronna przeciw durowi plamistemu. — Czerwony krzyż.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 4. III Polski Zjazd balneologiczny. — Zanietowski: Dziesięcioletnia działalność Polskiego Tow. balneologicznego. — Wąsowicz: Wskazania lecznicze dla naszych zakładów zdrojowo-kąpielowych. — Mędrkiewicz: Galicya pod względem balneologicznym i turystycznym dla zagranicy.

Nasze Zdroje Nr 3. Do rzeczy. — Teodorowicz: Szczawnica jubilans. — Pamięci Dr Dobrzyckiego. — Tarnawski: Słońce lekarzem.

Zdrojownictwo i turystyka Nr 4—6. Przed początkiem sezonu. — Lewicki (dok.). — Włyński (dok.). — Zagraniczny eksport naszych naturalnych wód mineralnych i produktów zdrojowych. — Pelczar: Krajowe szczawy alkaliczne i alkaliczno-słone. — Makowiczka: Program pracy sekcyi przemysłowej Związku zdrojowisk i uzdrowisk.

Kronika dentyst. Nr 6.: Idzikowski: O ucinaniu wierzchołka korzeniowego.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.